

Elis Roberta Monteiro

**ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA GESTÃO MUNICIPAL NA  
PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

Dissertação submetida ao Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do Grau de  
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof. Dra. Josimari Telino  
de Lacerda.

Florianópolis, (SC)

2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Monteiro, Elis Roberta  
ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA GESTÃO MUNICIPAL NA  
PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS / Elis Roberta  
Monteiro ; orientadora, Josimari Telino de Lacerda -  
Florianópolis, SC, 2015.  
173 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Avaliação de Programas e Projetos  
de Saúde. 3. Gestão em saúde. 4. Uso de medicamentos. I.  
Lacerda, Josimari Telino de . II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.  
III. Título.



Elis Roberta Monteiro

## **ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA GESTÃO MUNICIPAL NA PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS**

Dissertação aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de  
Mestre (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 03 de Agosto de 2015-10-03

---

Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.  
Coordenador do Curso

### **Banca examinadora:**

---

Prof<sup>a</sup>. Josimari Telino de Lacerda, Dr<sup>a</sup>.  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Claudia Flemming Colussi, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Jefferson Luiz Traebert, Dr.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Maria Cristina Marino Calvo, Dr<sup>a</sup>.  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico essa dissertação aos meus pais  
*Nilma, Roberto* e meus amados  
irmãos, *Helen e Guto* pelo apoio  
incondicional em todos os momentos!  
Vocês são eternamente o meu porto  
seguro, amo muito vocês!



## AGRADECIMENTOS

Ao final de um ciclo bem sucedido o natural é que se tenha ao que e a quem agradecer... No dicionário, a gratidão é conceituada como ato de reconhecimento por alguém que em algum momento lhe beneficiou ou prestou auxílio. Mas nesse momento em especial, acredito que o adjetivo “agradecida” se torna simplório diante da enxurrada de lembranças e sentimentos que vem na minha mente quando penso nos últimos dois anos. Acredito que a palavra que melhor define esse momento é “abençoada”. É assim que me sinto!

Porém, agradecer é preciso e em poucas linhas quero prestar às devidas homenagens as pessoas que me foram essenciais nessa etapa. O que não é uma tarefa simples, pois tenho a certeza que todos os encontros e desencontros que ocorreram durante esse período e até mesmo antes dele, tiveram um sentido e fizeram parte da construção do ser humano Elis (como está nesse momento), dos caminhos escolhidos para serem trilhados e consequentemente na escolha desse tema de pesquisa e execução desse trabalho.

Em primeiro lugar quero agradecer à Vida, que da maneira mais torta e menos provável me trouxe até aqui, e é claro, à Deus o seu grande diretor, por tudo que me foi permitido viver, pelas dificuldades superadas, pelas coincidências nada coincidentes e por todas as lições aprendidas.

O maior amor do mundo e a mais sincera gratidão a toda minha família. Vocês são a melhor parte de mim, me fazem nunca esquecer quem sou, de onde vim e onde eu quero chegar, saibam que vocês são a metade do meu coração! Em especial quero agradecer aos meus pais Nilma e Roberto e aos meus irmãos Helen e Guto pelo apoio incondicional em todos os momentos, mesmo quando as minhas decisões não faziam nenhum sentido pra vocês, mesmo com a saudade que maltrata, nós sempre estivemos juntos, e é assim que sempre vai ser! Amo muito vocês!



Aos amigos de antes que estiveram tão presentes durante esse período, mas em especial quero agradecer a minha amada amiga Monaliza pelo apoio, encorajamento e pelas conversas sempre tão reconfortantes, porque pelas similaridades e principalmente pelas diferenças a gente se entende! E a amiga Amanda, pelo apoio no início dessa jornada, que sem ele provavelmente, não teria sido iniciada.

Durante esses dois anos eu ganhei grandes presentes que com certeza fizeram o caminho mais doce e alegre, os quais vou levar pra toda vida! Meu agradecimento as amigas: Marcella, por me ensinar o que é generosidade e por mostrar que grandes amizades podem nascer dos pequenos gestos; Luisa, pelo companheirismo, disponibilidade (mesmo quando não estava disponível) e por me cuidar tão bem sempre; Ana, pelos sábios conselhos nos momentos difíceis e Susana, pelo alto astral, pela leveza, que fez com que em pouco tempo se tornasse tão cara e essencial! E claro, não me esquecendo de toda a nossa turma de mestrado em Saúde Coletiva pelas trocas, reflexões e aprendizado que só é possível numa turma interdisciplinar.

O meu agradecimento a todos os professores que durante esse período compartilharam conosco um pouco dos seus conhecimentos, experiências e reflexões, principalmente aos professores do NEPAS que contribuíram profundamente com esse trabalho. Mas em especial que quero agradecer a minha querida orientadora e mestre Prof. Josimari pela confiança depositada nos momentos que nem eu mesma acreditava na minha capacidade. Por estar sempre tão disponível e aberta, por todos os ensinamentos transmitidos e principalmente pela amizade! Saiba que você é um exemplo profissional, de professora e mulher!

Aos amigos do Telemedicina pela oportunidade de conviver com pessoas tão maravilhosas, exemplos de profissionais preocupados e comprometidos com a construção do um SUS mais justo e equânime! Sem palavras para descrever a grandiosidade das experiências e reflexões durante esse período.

Aos colegas do NEPAS e aos participantes das conferências de consenso que disponibilizaram tempo e compartilharam os seus conhecimentos e experiências, essenciais na construção desse trabalho. À todos o meu muito obrigado.

Infelizmente não é possível citar todas as pessoas que de alguma forma fizeram parte dessa construção, mas fica a certeza que todos que passaram pelo meu caminho estão presentes de alguma forma nesse trabalho.

O título de mestre conquistado tem a conotação de sonho realizado, de tarefa iniciada... Iniciada sim, porque a única certeza nesse momento é do quanto o caminho ainda é longo e quantas coisas ainda estão por vir. Longo, com algumas pedras no meio do percurso, com espinhos que terão que ser suportados, mas também florido e iluminado, e isso, por si só, já basta!

Eternamente agradecida à vida pelas experiências vividas e por aquelas que virão!



## RESUMO

Os medicamentos são parte importante da atenção à saúde na atualidade. Não só salvam vidas e recuperam a saúde, como previnem epidemias e doenças. Porém, eles não são substâncias inócuas e a sua má utilização pode trazer graves prejuízos a saúde e desperdício de recursos. Desde quando foram desenvolvidas as primeiras formulações farmacológicas o campo de abrangência dos medicamentos não parou de crescer e apesar do seu papel central na terapêutica contemporânea, a representação simbólica dos medicamentos ultrapassou as fronteiras do que se entende um mero recurso terapêutico. Dados da OMS mostram que os hábitos de utilização de medicamentos em todo mundo é preocupante, sendo um problema global e extremamente sério. No Brasil não é diferente, estudos mostram altas prevalências de consumo de medicamentos pela população e a utilização inadequada dos medicamentos. A Política Nacional de Medicamentos atribui ao gestor municipal responsabilidade de promover o Uso Racional de Medicamentos (URM) junto à população, prescritores e dispensadores. Esse trabalho teve como objetivo propor um modelo de avaliação da gestão municipal da saúde na Promoção do URM, em municípios com população igual ou superior a 100.000 habitantes, com a elaboração do modelo teórico, modelo lógico e da matriz de análise e julgamento. Foi realizado um estudo de avaliabilidade (EA) baseado na metodologia Framework for Program Evaluation in Public Health desenvolvida pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC). Foram realizadas análises documentais, revisão de literatura e reuniões com um grupo de interessados para a elaboração dos modelos teórico e lógico e a matriz de análise preliminar composta por critérios, indicadores e padrões. Para a sua validação utilizou-se a técnica de conferência de consenso com especialistas envolvidos na gestão municipal, dispensação e prescrição e área acadêmica relacionadas ao tema de pesquisa em três etapas: rodada online, com manifestação individual e anônima, encontros presenciais com discussões abertas e uma nova etapa virtual. Os elementos que obtiveram consenso compuseram o modelo avaliativo final. Ao final do processo obteve-se um modelo teórico e um modelo lógico das ações da gestão municipal que propiciam o URM nos municípios e uma matriz avaliativa que permite avaliar e emitir um juízo de valor sobre a gestão municipal. A matriz de avaliação foi dividida em duas dimensões (estrutural e operacional), seis subdimensões e vinte e oito indicadores que representam as diversas formas de atuação da gestão municipal para

cumprir com a determinação da Política Nacional de Medicamentos. Ao final desse trabalho entendeu-se que gestão municipal é responsável por garantir as condições necessárias à promoção do URM nos serviços de saúde e na comunidade de seus municípios, usando de estratégias diversas e versáteis para melhorar os padrões de utilização de medicamentos na população. As ações da gestão na promoção do URM mostraram-se aptas a serem avaliadas, através da explicitação da plausibilidade do modelo elaborado. O EA indicou a possibilidade de estudos avaliativos visando à qualificação da atuação da gestão na promoção do URM.

**Palavras-chave:** Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Gestão em saúde. Uso de medicamentos.

## **ABSTRACT**

Medications are an important part of health care today. They do not only save lives and recover health, but also prevent epidemics and diseases. However, they are not harmless substances and its misuse can mean serious damage to health as well as waste of resources. Since first pharmaceutical formulations were developed, drug coverage field has not stopped growing and despite its central role in contemporary therapy, symbolic representation of medicines have overcome the boundaries of what is meant to be merely a therapeutic resource. World Health Organization (WHO) data shows that medication usage habits around the world is worrying, it is becoming a global and extremely serious problem. In Brazil, it is not different as studies have shown high medication consumption prevalence and its inadequate use. The National Medication Policy has named the city manager as responsible for promoting Medicines Rational Use (MRU) within general population, prescribers and dispensers. This work aimed to propose an evaluation model for municipal health management in promoting MRU, considering only cities with population equal or greater than 100,000, including theoretical and logical model development as well as analysis and judgment matrix. An evaluability study was conducted (ES) based on Framework for Program Evaluation in Public Health methodology that has been developed by Center for Disease Control and Prevention (CDC). Documental analysis, literature review and meetings with stakeholders were conducted to develop theoretical and logical models and a preliminary matrix of analysis was composed by criteria, indicators and standards. Its validation was based on consensus conference technique with experts involved in municipal management, dispensing and prescribing as well as academics related to this field of work in three stages: online round, with individual and anonymous expression; face to face meetings with open discussions; and a new online round. Elements used to compose the final evaluative model were the ones obtained by consensus. At the end a theoretical and a logical model of municipal management where MRU is provided and an evaluation matrix that allows to evaluate and judge municipal management were obtained. The evaluation matrix was divided into two dimensions (structural and operational), six sub-dimensions and twenty-eight indicators that represents various ways that municipal administration act to accomplish the National Drug Policy determinations. Finally, it could be understood that municipal

management is responsible for ensuring conditions necessary to promote MRU in health services and community, using diverse and versatile strategies to improve standards of medication usage within population. Management actions in promoting MRU were qualified to be evaluated through plausibility explanation of the model developed. This ES has indicated possibility of evaluative studies aiming to qualify management in promoting URM performance.

**Keywords:** Program Evaluation. Health Manegement. Drug Utilization.





## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Ciclo da assistência farmacêutica .....	45
<b>Figura 2.</b> Fluxograma da metodologia utilizada na revisão bibliográfica .....	51
<b>Quadro 1.</b> Descrição dos estudos selecionados segundo ano de publicação, autores, local de realização do estudo, objeto de pesquisa, tipo de abordagem e método.....	52
<b>Figura 3.</b> Metodologia <i>Framework for Program Evaluation in Public Health</i> proposta pelo CDC .....	64



## **LISTA DE ABREVEATURAS**

AB – Atenção básica

AF – Assistência farmacêutica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAF – Central de Abastecimento Farmacêutico

CAPES – Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CDC – Center for Disease Control and Prevencion

CEME – Central de Medicamentos

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica

DeCs – Descritores em Ciências da Saúde

EA – Estudo de Avaliabilidade

ESF – Equipes de Saúde da Família

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FT– Formulário Terapêutico

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a saúde da Família

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

NSP – Núcleo de Segurança do Paciente

PURM – Promoção do Uso Racional de Medicamentos

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

URM – Uso Racional de Medicamentos

WHO – World Health Organization



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>1.1 OBJETIVOS .....</b>	<b>28</b>
<b>1.1.1 Objetivo geral.....</b>	<b>28</b>
<b>1.1.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>28</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>29</b>
<b>2.1 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.1 O papel do prescritor no Uso Racional de Medicamento .</b>	<b>33</b>
<b>2.1.2 O papel do farmacêutico no Uso Racional de Medicamentos .....</b>	<b>35</b>
<b>2.1.3 O papel do usuário no Uso Racional de Medicamento.....</b>	<b>39</b>
<b>2.2 POLÍTICAS NACIONAIS E INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADAS À PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.....</b>	<b>40</b>
<b>2.2.1 Política Nacional de Medicamentos .....</b>	<b>41</b>
<b>2.2.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica .....</b>	<b>44</b>
<b>2.2.3 Programa Nacional de Segurança do Paciente .....</b>	<b>47</b>
<b>2.3 ESTUDOS AVALIATIVOS SOBRE A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTO .....</b>	<b>49</b>
<b>2.3.1 Análise e discussão dos artigos encontrados .....</b>	<b>51</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>63</b>
<b>3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....</b>	<b>63</b>
<b>3.2 FORMAÇÃO DO GRUPO DE INTERESSADOS.....</b>	<b>65</b>
<b>3.3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>65</b>
<b>3.3.1 Elaboração do modelo teórico e do modelo lógico.....</b>	<b>66</b>
<b>3.4 FOCALIZAÇÃO DO PROJETO DE AVALIAÇÃO.....</b>	<b>66</b>
<b>3.5 REUNIÃO E AVALIAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
<b>3.5.1 Definição da matriz de avaliação .....</b>	<b>67</b>
<b>3.6 JUSTIFICANDO AS CONCLUSÕES .....</b>	<b>69</b>
<b>3.7 COMPARTILHAMENTO DAS LIÇÕES APRENDIDAS .....</b>	<b>70</b>
<b>3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>70</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>71</b>
<b>4.1 ARTIGO 1.....</b>	<b>72</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICE A – Dimensão Estrutural da gestão municipal na Promoção do Uso Racional de Medicamentos .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE B – Dimensão Operacional da gestão municipal na Promoção do Uso Racional de Medicamentos .....</b>	<b>133</b>

<b>APÊNDICE C- Formulário para coleta de dados nas farmácias municipais, CAFs e UBS .....</b>	<b>155</b>
<b>APÊNDICE D - Formulário geral para coleta de dados .....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....</b>	<b>167</b>
<b>ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>171</b>





## 1 INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, quando foram desenvolvidas as primeiras formulações farmacológicas, o campo de abrangência dos medicamentos não parou de crescer. Os medicamentos tem o potencial de aliviar sintomas e curar doenças, motivos pelos quais foram originalmente criados, porém, em muitos países, foram incorporados à lógica capitalista de consumo. Tal fato, juntamente com as influências do modelo biomédico e as estratégias de promoção e vendas da indústria farmacêutica, incentivam o uso inadequado e a intensificação no processo de medicalização na sociedade (NASCIMENTO, 2003; CAPONI et al., 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) discutiu pela primeira vez os problemas mundiais do uso inadequado de medicamentos na Conferência Mundial de Saúde sediada no Quênia em 1985. Nessa ocasião, o termo Uso Racional de Medicamento (URM) foi definido pela primeira vez e foram explicitados e discutidos os problemas com a utilização de medicamentos em todo o mundo (WHO, 1987).

Vinte e seis anos após o evento, foi publicado um novo documento sobre os hábitos de utilização de medicamentos no mundo que afirma que os problemas são persistentes e preocupantes. Os autores firmam que 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou utilizados de forma inadequada, causando sérios prejuízos à saúde da população e desperdícios de recursos, tratando-se de um problema global e extremamente sério (HOLLOWAY; DIJK, 2011).

No Brasil a situação também é crítica. A ânsia social por saúde e a busca pelas soluções imediatas fazem dos medicamentos mercadorias, sujeitas às mesmas tensões mercadológicas de qualquer outro produto. Esse processo de mercantilização somado à forte pressão social para adequação comportamental e estética estimulam o consumo e a aceitação dos medicamentos pela população (NASCIMENTO, 2003; LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008; CAPONI et al., 2010).

Estudos sobre a utilização de medicamentos mostram que o Brasil e a América Latina têm altas prevalências de consumo e que, apesar disso, por muitas vezes, os usuários não aderem à prescrição conforme orientado nos serviços de saúde. O problema é agravado pelo processo da automedicação, muito presente na dinâmica social brasileira, que afasta o medicamento da sua finalidade fundamental (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008).

Este trabalho tem como tema o URM e como objeto de pesquisa estudado as ações da gestão municipal na Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PURM).

Na Constituição Federal de 1988, o Estado assume ser responsável por garantir saúde à população por intermédio de medidas econômicas e sociais que visem à redução de risco de doenças e outros agravos. Na elaboração da Política Nacional de Medicamentos (PNM) se atribuiu a responsabilidade da PURM junto à população, prescritores e dispensadores aos gestores das três esferas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1988, 1998).

Todavia, no contexto que se dá de descentralização do SUS, confere em especial à gestão municipal a responsabilidade de disponibilizar os recursos e os subsídios necessários à PURM, garantindo sua implementação e, conseqüentemente, o uso mais adequado dos medicamentos nos serviços públicos de saúde e na sociedade.

Resgata-se que os medicamentos representam boa parcela dos gastos públicos e que não são substâncias inócuas; muito pelo contrário, possuem o potencial de causar prejuízos à saúde e à qualidade de vida. Fato que se torna ainda mais importante nos países menos desenvolvidos, onde há ampla necessidade de racionalização de recursos sem perda na qualidade dos tratamentos médicos (MELO; RIBEIRO STORPIRTIS, 2006; COELHO; PINHEIRO; MAGARINOS-TORRES, 2014).

Diante desse cenário, a Política Nacional de Medicamentos estabelece que o Uso Racional de Medicamentos (URM) compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998).

Assim, o conceito assumido pelo governo brasileiro expressa que o URM é o resultado complexo de diversas relações e trocas entre diferentes atores sociais, evidenciando as responsabilidades do governo, dos profissionais de saúde e da sociedade para a sua efetivação (COELHO; PINHEIRO; MAGARINOS-TORRES, 2014).

Por essa razão, a PURM consiste em uma atividade essencial. Para tanto, os estudos de avaliação apresentam-se como uma ferramenta útil para obtenção de conhecimento das atividades que estão sendo realizadas. A obtenção de resultados torna-se, assim, um importante instrumento norteador de mudanças, ao orientar a tomada de decisão dos

gestores a fim de se obter o uso mais racional dos medicamentos (MELO; RIBEIRO STORPIRTIS, 2006; COELHO; PINHEIRO; MAGARINOS-TORRES, 2014).

Nesse contexto, ressalta-se que, de acordo com Contradiopoulos e colaboradores (2002), avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre um de seus componentes, com o objetivo de colaborar na tomada de decisões. Trata-se de um instrumento útil para se alcançar os objetivos de um programa ou intervenção, resultando no conhecimento do trabalho que já é realizado e indicando mudanças para os problemas detectados (CALVO; HENRIQUE, 2006).

Ao se considerar a ampla discussão sobre o URM em nível mundial, o preocupante quadro brasileiro com relação à utilização de medicamentos, a magnitude do problema do uso inadequado, a relevância das ações da gestão na PURM, a necessidade da qualificação desses processos na rede pública de saúde, o tempo já transcorrido desde a publicação da PNM, o desperdício de recursos públicos da saúde destinados a resolução de problemas de saúde relacionados à má utilização dos medicamentos e a importância de estudos avaliativos desse processo, torna-se oportuno a realização de um Estudo de Avaliabilidade (EA).

O Estudo de Avaliabilidade ou de pré-avaliação engloba um conjunto de procedimentos que antecede a etapa da avaliação, visando aumentar as potencialidades dos estudos avaliativos e lidar com os seus diferentes desafios. A metodologia tem como finalidade proporcionar um ambiente mais favorável à avaliação, construir conhecimento entre os envolvidos sobre as características, objetivos e expectativas de uma intervenção e buscar o consenso quanto ao interesse na realização da avaliação, intensificando as chances de sucesso da mesma (LEVITON et al., 2010; BEZERRA et al., 2012).

O presente EA considerou as atribuições da gestão municipal atinentes a propiciar as condições necessárias para Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PURM) na rede pública de saúde sob a sua responsabilidade, com um recorte da intervenção em município com população igual ou maior a 100.000 habitantes.

A pergunta de pesquisa que norteou esse estudo foi: É possível avaliar a gestão municipal na execução das suas responsabilidades na PURM?

O percurso do estudo considerou: a descrição da intervenção, com elaboração de um modelo teórico-lógico, uma matriz de análise e

julgamento e as recomendações necessárias a posteriores estudos avaliativos.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral

Propor um modelo de avaliação da gestão municipal na Promoção do Uso Racional de Medicamentos.

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever as ações da gestão municipal que visam a PURM;
- Elaborar o modelo teórico-lógico das ações da gestão municipal que promovem o URM.
- Construir uma matriz de análise e julgamento da gestão municipal na PURM;
- Identificar aspectos importantes e fazer as recomendações necessárias a posteriores estudos avaliativos;
- Elaborar um instrumento de coleta de dados necessários a aplicação da matriz de análise elaborada.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico está apresentado em três partes. A primeira aborda o URM com conceitos, principais problemas de utilização de medicamentos, causas do uso inadequado, hábitos de utilização e suas consequências para a saúde da população. Apresenta também as estratégias políticas que sabidamente ajudam na PURM, as relações entre a prescrição, a dispensação e o URM, o papel do usuário e os desafios a serem superados. Logo em seguida são abordadas as políticas e programas nacionais relacionados à PURM, seu contexto histórico e suas diretrizes prioritárias. Na terceira parte é apresentada a análise da produção científica de estudos de avaliação da gestão nas atividades de PURM, em busca de estudos já realizados anteriormente.

### 2.1 O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Em 1985, durante a Conferência Mundial sobre o URM sediada em Nairobi no Quênia, pela primeira vez foram discutidos os problemas mundiais relacionados à má utilização dos medicamentos. Nessa ocasião, o termo URM foi definido pela primeira vez e foram debatidos meios e métodos para assegurar a utilização adequada dos medicamentos na sociedade. De acordo com a OMS, o URM é o processo onde os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas próprias necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para sua comunidade (WHO, 1987).

Já em 2011 foi publicado um novo documento onde foram divulgadas novamente as informações sobre hábitos de utilização de medicamento em todo o mundo. De acordo com os autores, os problemas com a má utilização dos medicamentos são globais, extremamente sérios e preocupantes, podendo causar sérios prejuízos à saúde da população e desperdícios de recursos (HOLLOWAY; DIJK, 2011). De acordo com o documento, em todo o mundo:

- De 25 a 70% dos gastos em saúde nos países em desenvolvimento correspondem a medicamentos, em comparação a menos de 15% nos países desenvolvidos.
- 50 a 70% das consultas médicas geram prescrições medicamentosas.
- 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados inadequadamente.

- 75% das prescrições com antibióticos são errôneas.
- 2/3 dos antibióticos são usados sem prescrição médica.
- 50% dos consumidores compram medicamentos para um dia de tratamento.
- Cresce constantemente a resistência da maioria dos microrganismos causadores de enfermidades infecciosas prevalentes.
- 53% de todas as prescrições de antibióticos nos Estados Unidos são feitas para crianças de 0 a 4 anos.

Um dos fatores que leva a esse quadro é, de maneira geral, o baixo investimento dos países em políticas de PURM. De acordo com Holloway e Dijk (2011), uma das principais causas para a ausência de ações coordenadas com essa finalidade é a falta da institucionalização da atividade de PURM nos sistemas de saúde. Desse modo, não há sustentação necessária para seu acompanhamento e estruturação, fundamentais à implementação de uma promoção efetiva. E essa situação é ainda pior nos países menos desenvolvidos.

Segundo a OMS (2002), os problemas mais comuns relacionados aos medicamentos são:

- **O uso de muitos medicamentos pelo mesmo paciente (Polifarmácia):** Medeiros-Souza (2007) define a polifarmácia como o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos por um mesmo indivíduo ou a utilização de um medicamento para a correção de um efeito adverso advindo de outro. O aumento de risco de interação medicamentosa e de reações adversas são diretamente proporcionais à quantidade de medicamentos prescritos. A polifarmácia muitas vezes é uma prática inapropriada e pode gerar sérias consequências à saúde da população (SANTOS et al., 2013; LEÃO; MOURA; MEDEIRO, 2014).
- **Uso inadequado de antimicrobianos:** A utilização ampla e indiscriminada dos antimicrobianos em todo mundo vem favorecendo a seleção e a propagação de bactérias resistentes aos medicamentos disponíveis. Levando em consideração que a última descoberta de uma nova classe antimicrobiana foi feita ainda na década de 1980, o problema torna-se extremamente preocupante, sendo imprescindível preservar a eficácia daqueles disponíveis usando-os adequadamente (WHO, 2014).
- **O uso excessivo de medicamentos injetáveis** quando existem formulações orais mais adequadas;

- **Prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas;**
- **Automedicação inadequada:** Trata-se do processo caracterizado pela iniciativa do doente ou de seu responsável em utilizar um produto que acredita que lhe trará algum benefício no tratamento ou alívio de sintomas. A automedicação inadequada pode ter graves consequências como: efeitos adversos, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas (OLVEIRA et al., 2012).

Le Grand, Horgerzeil e Haaijer-Ruskamp (1999) dividiram as causas dos problemas na utilização de medicamentos em três níveis: nível comunitário, nível dos cuidados em saúde e nível nacional.

No nível comunitário encontram-se os problemas de utilização de medicamentos que são relacionados aos usuários. Aqui se pode destacar os processos de não adesão ao tratamento e a automedicação inadequada. Ambas são muito influenciadas por fatores socioculturais, pelas percepções dos usuários sobre a utilização de medicamentos e por seu entendimento sobre o processo saúde-doença. Esses problemas estão diretamente relacionados ao serviço de saúde e ao tipo de orientação prestada ao usuário. De acordo com Ev e Gonçalves (2014), a orientação no momento da prescrição e da dispensação de medicamentos são fundamentais na educação para a PURM e os seus objetivos primários são a adesão a terapia medicamentosa e a prevenção de potenciais problemas relacionados a ela.

No nível dos cuidados em saúde estão os problemas relacionados aos profissionais, dentre os quais pode-se citar: a falta de informações sobre medicamentos livres de conflitos de interesses, a falta de treinamento inicial e de educação continuada aos profissionais de saúde sobre o URM, a influência sociocultural e a prescrição de medicamentos sendo realizada por demanda dos pacientes, por experiências anteriores de prescrição, por decisões médicas arriscadas e por influências das indústrias farmacêuticas sobre esses profissionais.

No nível nacional os problemas estão relacionados com a fraqueza ou ausência de uma política de medicamentos que só é considerada forte quando todos os seus mecanismos de implementação estão em vigor.

A situação do Brasil com relação aos hábitos de utilização de medicamentos é bastante preocupante. No interior de uma sociedade de consumo como a brasileira, a saúde é vista como objeto de valor e bem adquirível, integrando uma lógica de mercado. Na prática, é definida por mercadorias propiciadoras de saúde e o medicamento é uma delas.

Acrescenta-se a esse fato o entendimento social do processo saúde-doença, fortemente alimentado pelas influências do modelo biomédico e pelos fatores sociais de estímulo à adequação a valores estéticos e de conduta, que estimulam o consumo e a aceitação do medicamento pela sociedade (NASCIMENTO, 2003; CAPONI et al., 2010).

No Brasil a automedicação é uma prática muito comum e socialmente aceita. Porém, quando realizada de forma inadequada, pode trazer risco à saúde da população como eventos adversos, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas. Por tais razões deve ser um problema a ser prevenido. De acordo com Leite, Vieira e Veber (2008), os medicamentos foram incorporados à lógica capitalista de mercado e estão sujeitos às mesmas tensões, interesses e dura competição como qualquer outro setor, afastando-o da sua finalidade fundamental e influenciando o consumo pela população. As influências exercidas pelo mercado de medicamentos e pela indústria farmacêutica, que usam de meios como a propaganda e técnicas mercadológicas para aumentar os seus lucros, gerando uma pressão crescente no país, têm influenciado as políticas públicas, os profissionais de saúde e os usuários (NASCIMENTO, 2003; CAPONI et al., 2010).

O estudo realizado por Leite, Vieira e Veber (2008) fez uma síntese de artigos sobre a utilização de medicamentos no Brasil e na América Latina e mostra que todos os trabalhos que se propuseram a quantificar a utilização de medicamentos na população encontraram prevalências consideradas altas, principalmente de antimicrobianos. Quanto à adesão, os estudos mostraram que, a despeito das altas taxas de utilização de medicamento encontradas, por diversas situações e causas, muitas vezes a população não utiliza os medicamentos adequadamente, conforme foram prescritos.

Segundo o sistema nacional de informações tóxico-farmacológicas da Fundação Oswaldo Cruz, dentre os óbitos registrados por intoxicações no Brasil em 2012, os medicamentos foram as principais causas, correspondendo a 20,8% de todos os casos (SINITOX, 2012). O estudo realizado por Mastroianni e colaboradores (2009) em um hospital no ano de 2006 estimou que cerca de 15,5% das internações investigadas foram causadas, possivelmente, pelo uso inadequado de medicamentos.

Na elaboração PNM o governo Brasileiro assume que o URM é entendido como o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos



definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998). Essa definição expõe que o URM é responsabilidade do governo, dos profissionais de saúde, dos usuários e da sociedade como um todo (COELHO; PINHEIRO; MAGARINOS-TORRES, 2014).

Com base nisso é possível identificar os atores envolvidos no URM: o Ministério da Saúde, a ANVISA e as indústrias farmacêuticas responsáveis pela disponibilidade de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade; os gestores da área da saúde, que devem proporcionar o acesso; os profissionais de saúde, aos quais competem: o diagnóstico, a prescrição, a dispensação, a orientação quanto ao uso e à administração de medicamentos e o acompanhamento dos resultados obtidos com a terapia medicamentosa; e os próprios usuários, cuja participação é fundamental para se atingir os benefícios terapêuticos esperados (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

### **2.1.1 O papel do prescritor no Uso Racional de Medicamentos**

A prescrição medicamentosa é uma ordem escrita por profissionais habilitados, dirigida ao farmacêutico, que define qual o medicamento e como deve ser fornecido ao usuário, determinando as condições que o mesmo deve ser utilizado. Os profissionais habilitados a prescrever medicamentos no Brasil são médicos, médicos veterinários, cirurgiões dentistas, enfermeiros e farmacêuticos. Os enfermeiros estão habilitados a prescrever determinados fármacos no âmbito de programas de saúde, observando as disposições legais da profissão e protocolos do Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007, do Ministério da Saúde (EV; GONÇALVES, 2014). Já a prescrição farmacêutica foi regulamentada pela Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013, do Conselho Federal de Farmácia (CFF), que autoriza o profissional a prescrever produtos que não exijam a prescrição médica (CFF, 2013).

No SUS o acesso a medicamentos é mediado pela apresentação da prescrição e esta constitui um documento legal pelo qual se responsabilizam quem prescreve e quem dispensa o medicamento (OENNING; OLIVEIRA, BLATT, 2011).

A etapa de prescrição é a primeira do ciclo de utilização do medicamento, constituindo uma etapa de suma importância, que pode

levar a desfechos tanto positivos, quanto negativos (EV; GUIMARÃES, 2014).

As decisões terapêuticas tomadas pelo prescritor são influenciadas pelos fatores: concepções sobre o processo saúde-doença, qualidade da formação técnica, condições socioculturais e econômicas da população que atende, disponibilidade de medicamentos, serviço em que atua, fontes de informações às quais teve acesso, assédio da indústria farmacêutica, entre outros. Os maus hábitos de prescrição podem levar a um tratamento ineficaz e não seguro, ao prolongamento da doença, à angústia, a danos à saúde do paciente e a alto custo (VALADÃO et al., 2009; EV; GUIMARÃES, 2014).

A prescrição é um importante contribuinte para os problemas com erros de medicação, que pode causar consequências adversas à saúde do paciente. Quando realizada de forma pouco clara ou com falta de informações, pode levar a erros de medicação, que geram custos que recaem sobre a sociedade (EV; GUIMARAES; CASTRO, 2008). Além disso, segundo o Instituto Americano de Medicina, entre 44.000 a 98.000 pacientes morrem a cada ano por lesão iatrogênica, sendo o erro na prescrição a causa principal ou que contribui para tal evento (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 1998).

No Brasil os erros de medicação geram custos diretos e indiretos ao SUS e à economia do país. De acordo com Ev, Guimarães e Castro (2008), estima-se que a prescrição incorreta pode acarretar gastos de 50 a 70% a mais nos recursos governamentais destinados a medicamentos.

Com o objetivo de promover o URM, a OMS propôs que, entre outras providências, os estados sede adotassem diretrizes clínicas e promovessem a capacitação dos profissionais em farmacoterapia baseada em problemas, assim como a educação dos profissionais e usuários de medicamentos baseada em informação isenta de interesse e fidedigna (WHO, 2002).

Outra estratégia fundamental para a prescrição racional é a definição de listas de medicamentos essenciais pelos gestores na área de saúde. A utilização das listas traz a melhoria do acesso, da qualidade e da efetividade da utilização de medicamentos, além de racionalizar a aplicação de recursos públicos, atendendo às necessidades de saúde prioritárias da população (WANNMACHER, 2014).

É muito importante que os gestores em saúde conheçam o padrão de prescrição de medicamentos na área em que atuam. Com a compreensão das fragilidades da atividade é possível desenvolver estratégias de melhoria, que aumentem a qualidade no processo de

utilização de medicamentos, resultando em uma melhor relação custo-benefício para toda a sociedade (EV; GUIMARÃES; CASTRO, 2008).

### **2.1.2 O papel do farmacêutico no Uso Racional de Medicamentos**

As discussões acerca do papel do farmacêutico na PURM se iniciaram no cenário mundial ainda na década de 1990. O termo “Pharmaceutical care”, traduzido para o português como atenção farmacêutica, foi definido pela primeira vez por Hepler e Strand (1990) como a provisão responsável do tratamento farmacológico com o objetivo de se alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente, tendo se difundido rapidamente pelo mundo todo (ANGIONESI; SEVALHO, 2010).

Em 1993 a OMS publicou um documento chamado Carta de Tóquio, onde foi discutido o papel do farmacêutico e as suas possibilidades de contribuição na atenção a saúde. De acordo com a OMS, o farmacêutico está voltado a cumprir um papel perante a sociedade, corresponsabilizando-se pela saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Porém, efetivamente, as mudanças nas práticas profissionais no Brasil foram pequenas, tendo iniciado tardiamente e com a atenção mantida nos medicamentos (VIEIRA, 2007).

Com a promulgação da Constituição Federal e publicação da Lei Orgânica de Saúde foram produzidas pela primeira vez no Brasil as condições para a criação e a aprovação de uma política de medicamentos nacional; que foi instituída pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde. Trata-se de um marco histórico, em que foram oficializadas diretrizes e prioridades relacionadas aos medicamentos para o país (BRASIL, 1998; JARAMILLO; CORDEIRO, 2014).

De acordo com Angonesi e Sevalho (2010), a PNM traz a reorientação Assistência Farmacêutica (AF) como uma das suas diretrizes prioritárias, com o objetivo de garantir qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos, seu uso racional e garantia do acesso, respondendo às necessidades já intensamente discutidas internacionalmente. Em 2003, aconteceu a 12ª Conferência Nacional em Saúde e a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos, cujas deliberações resultaram na Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho

Nacional de Saúde, formalizando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

A PNAF trouxe consigo grandes avanços à AF no Brasil, sobretudo ao deslocar a ênfase da atenção dos medicamentos para os serviços em saúde. Ao invés da priorização das atividades curativas, a política dá destaque às ações de promoção e proteção à saúde, bem como o requerimento da realização das mesmas numa equipe multiprofissional e interdisciplinar, com a finalidade de garantir o cumprimento do princípio da integralidade do SUS (JARAMILLO; CORDEIRO, 2014).

A PNAF cita a importância da atenção farmacêutica como parte integrante da AF, porém sua implementação ainda continua sendo um grande desafio no SUS (VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

As práticas da atenção farmacêutica no Brasil se iniciaram tardiamente e com confusões acerca dos diversos conceitos existentes da atenção e assistência farmacêutica. Com isso, em 2002, um grupo multiprofissional coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) se reuniu para a elaboração de um consenso sobre o conceito de atenção farmacêutica no Brasil (OPAS, 2002).

Essa oficina deu origem a uma proposta conceitual, em que a atenção farmacêutica se difere da assistência farmacêutica, mas disposta como uma atividade realizada no âmbito desta última, que se refere especificamente ao cuidado farmacêutico com o usuário de medicamentos. Esse entendimento diz que a atenção farmacêutica deve ser orientada na educação em saúde, na orientação farmacêutica, no acompanhamento do paciente, no registro sistemático das atividades e na mensuração e avaliação dos resultados, contribuindo para a redução das morbimortalidades relacionadas ao uso de medicamentos (ANGIONESI; SEVALHO, 2010).

Em vigor há mais de trinta anos, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, juntamente com o Decreto nº 85.878, de 7 de abril de 1981, e mais atualmente com a Lei Federal nº 13.021, de 8 de agosto de 2014 (BRASIL, 2014), exige a presença do farmacêutico em farmácias de qualquer natureza, por todo o período de funcionamento. No entanto, tal medida isolada não foi suficiente para mudar a realidade no SUS, bem como se observa que o número de farmacêuticos está muito aquém do que determina a lei.

Em unidades básicas de saúde a disponibilidade é de em média 1,6 farmacêuticos para cada dez unidades no país; problema este concentrado especialmente nos serviços de baixa e média complexidade.

Assim, em que pese ser comum ver o farmacêutico desempenhando funções técnicas dentro das secretarias de saúde, o número de profissionais está muito longe de atender às necessidades da população (VIEIRA, 2007; VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014).

Outro problema encontrado é a insipiência da formação de profissionais qualificados para a atenção farmacêutica no país. Esta é uma das maiores dificuldades encontradas na implementação das atividades. Os farmacêuticos brasileiros apresentam uma baixa qualificação para exercer suas atividades adequadamente, pois ainda há o predomínio da formação tecnicista, gerando um descompasso entre as demandas dos serviços e a formação dos profissionais (EV; GONÇALVES, 2014). Há, portanto, a necessidade de serem instituídas ações, diretrizes e oportunidades de capacitação e educação permanente tanto no setor público como no privado (OPAS, 2002).

Para Marin e colaboradores (2003), o fundamento básico de todo o ciclo da assistência farmacêutica é o URM. A seleção está relacionada à orientação de escolhas terapêuticas para medicamentos eficazes, seguros e custos-efetivos. O gerenciamento da assistência farmacêutica tem como resultado a disponibilidade de medicamentos de qualidade, adquiridos com agilidade satisfatória, baixo preço, armazenados e distribuídos de forma a preservar suas características. A prescrição e a dispensação garantem o acesso a medicamentos adequadamente envasados e rotulados, o bom entendimento do uso do medicamento pelo paciente, bem como a interação dos diferentes profissionais a fim de assegurar a correta utilização dos medicamentos.

O conceito da dispensação também está em construção e de acordo com Angionesi (2008) a discussão teórica sobre o assunto ainda é insipiente. A dispensação no Brasil e em diversos locais do mundo, desde a sua origem, tem assumido um caráter técnico, ligada a atividades administrativas. Somente nos últimos anos tem-se verificado uma preocupação de vários autores de que o ato da dispensação não seja apenas a entrega de medicamentos ao paciente, como se fosse um produto qualquer. É entendido que o processo deve ser voltado ao paciente resgatando o papel assistencial do farmacêutico.

A prática da clínica farmacêutica deve ser um componente da dispensação e parte da essência do profissional. Ela deve envolver rotinas específicas para otimização do uso de medicamentos e, nos casos mais complexos, é preconizada a realização do seguimento farmacoterapêutico (SOARES, 2013).

No momento da dispensação são estabelecidas oportunidades ímpares para a contribuição do farmacêutico ao URM. Isto ocorre por meio de vários procedimentos: fornecendo a quantidade correta de medicamento, de boa qualidade e em adequadas condições de armazenamento; verificando a integralidade técnica e legal da prescrição; orientando adequadamente o paciente quanto ao uso e aos cuidados necessários à utilização do medicamento, bem como promovendo a adesão à terapêutica prescrita. Para isso, será necessário que o farmacêutico estabeleça interação com o usuário a fim de individualizar o atendimento de acordo com as suas necessidades, monitorando o uso de medicamentos, o que inclui o registro de reações adversas (MARIN et al., 2003).

O farmacêutico, via de regra, é o último profissional de saúde que tem contato direto com o paciente depois da decisão médica pela terapia farmacológica. Desta forma, torna-se corresponsável pela sua qualidade de vida, razão pela qual é de suma importância o contato do farmacêutico com o prescritor caso haja problemas ou dúvida a serem esclarecidas na aviação da receita (VIEIRA, 2007; BRASIL, 2009). Assim, ele deve estar atento para evitar os problemas relacionados à dispensação, podendo-se citar, dentre os mais comuns (WHO, 2001):

Interpretação errada da prescrição;

- Retirada do medicamento errado do estoque;
- Dose errada;
- Rotulagem/embalagem inadequada em função das propriedades do medicamento;
- Contagem, composição imprecisa;
- Rotulagem inadequada ou inexistente;
- Desconhecimento da adesão ao medicamento;
- Conhecimento insuficiente do processo patológico;
- Tempo insuficiente para conversar com os pacientes acerca de seus medicamentos;
- Inabilidade em se comunicar com os pacientes acerca da terapia.

O uso inadequado de medicamentos é um importante problema de saúde pública. Portanto, é preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico e efetivamente incorporá-lo às equipes de saúde a fim de que se garanta a melhoria da utilização dos medicamentos, com redução dos riscos de morbimortalidade. Seu trabalho deve proporcionar meios para que os custos relacionados à farmacoterapia sejam os menores possíveis para a sociedade (VIEIRA, 2007).

### 2.1.3 O papel do usuário no Uso Racional de Medicamento

A adesão inadequada do usuário às terapias medicamentosas prescritas por um profissional de saúde pode tornar o melhor tratamento farmacológico ineficaz. Nesse sentido é importante lembrar que o paciente chega ao serviço de saúde trazendo consigo as suas singularidades, fruto de seus saberes, crenças e experiências a respeito do processo saúde/doença. A baixa efetividade das terapias medicamentosas pode ser explicada muitas vezes pela não adesão ao tratamento (GOMES et al., 2007; REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

A adesão não deve ser entendida apenas como o ato do usuário obedecer às orientações do prescritor, mas sim por uma atividade conjunta, onde o mesmo entende, concorda e segue a prescrição estabelecida. Isso significa que deve se compor uma “aliança terapêutica” entre o usuário e a equipe de saúde (GOMES et al., 2007).

A adesão é simultaneamente influenciada por fatores relacionados: a características sociais e econômicas, à equipe e ao sistema de saúde, à condição da doença, ao tratamento e ao paciente (GOMES, et al., 2007). O estudo realizado por Remondi, Cabrera e Souza (2014) em um município do Paraná mostrou que, entre os adultos de 49 e 59 anos que utilizavam medicamentos de uso contínuo, a prevalência da não adesão foi de 63,5%. Os autores afirmam que, de cada dez usuários de medicamentos contínuos, um ou dois possuem comportamento muito pouco aderente e que outros quatro eventualmente não aderem à terapia. Assim, a adesão constitui-se um desafio à integralidade e à eficiência dos sistemas e serviços de saúde.

De acordo com Gomes e colaboradores (2007) e com Mendes (2011), o problema de falta de adesão é uma responsabilidade dos serviços de saúde e depende da qualidade da informação oferecida ao usuário no momento da prescrição e dispensação dos medicamentos. Trata-se de um problema que persiste devido a uma tendência de focalizar a intervenção dos profissionais de saúde de forma unidimensional sob o usuário.

Fatores como: as condições socioeconômicas do usuário, o conhecimento da equipe de saúde sobre a adesão a medicamentos, condições relacionadas à sintomatologia e à gravidade da doença e a complexidade do tratamento também devem ser considerados de maneira sistemática, em uma equipe multidisciplinar. A falta de adesão de usuários aos tratamentos medicamentosos deve ser um trabalho

interdisciplinar e a participação da família e da comunidade são importantes para se obter resultados positivos da terapia medicamentosa (GOMES, et al., 2007).

Outra questão que deve ser considerada em relação ao URM é o processo de automedicação. De acordo com Oliveira e colaboradores (2012), a preocupação das autoridades e dos profissionais de saúde com o alto consumo de medicamentos é crescente. A automedicação é definida como o consumo de um medicamento com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas e doenças percebidas ou mesmo de promover a saúde, independentemente da prescrição profissional. Fatores econômicos, políticos e culturais têm contribuído para o crescimento e a difusão do hábito em todo mundo. Ela se apresenta como um problema quando é realizada de forma irresponsável, desassistida dos profissionais de saúde e sem o adequado esclarecimento da população sobre os riscos à saúde causados pelos medicamentos.

Entre os fatores que favorecem a automedicação estão a dificuldade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, a influência das propagandas e o simbolismo do medicamento na sociedade. Apesar de ser considerada como parte da vida das pessoas, a automedicação inadequada pode ter como consequências efeitos adversos, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido (ANDRADE; PINHO, 2008; ALMEIDA; CASTRO; CALDAS, 2011).

## 2.2 POLÍTICAS NACIONAIS E INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS RELACIONADAS À PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Resultado concreto da intensa luta popular pela ampliação dos direitos sociais e civis no país, a Constituição Federal de 1988 foi estabelecida após o fim do regime militar com a adoção, no âmbito da seguridade social, dos fundamentos da universalidade de cobertura e atendimento e da uniformidade e equivalência de direitos da população no que diz respeito à saúde, previdência e assistência social.

O artigo 6º da Constituição Federal lista a saúde como um dos direitos sociais do cidadão, bem como seu artigo 196 diz que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e para recuperação da saúde (BRASIL,



1988). Trata-se de um marco histórico brasileiro, que está relacionado à determinação das responsabilidades do Estado na garantia do acesso da população aos medicamentos, já que, frequentemente, eles são parte integrante da atenção à saúde, bem como na prevenção e redução dos riscos relacionados ao seu uso inadequado (SANTOS, 2011).

A partir dessa definição e das orientações internacionais intensamente debatidas no mundo todo, o Brasil vem elaborando e implementando políticas e programas que têm por objetivos diretos ou indiretos a PURM no país, com a finalidade de garantir que os medicamentos sejam utilizados de forma segura pelos profissionais de saúde e pela população. Tais mecanismos legais são explicitados a seguir.

### **2.2.1 Política Nacional de Medicamentos**

A elaboração de Políticas de Medicamentos nos países é considerada pela OMS um importante instrumento norteador para a AF e toda a política de saúde (LAING; HOGERZEIL; ROSS-DEGNAN, 2001).

Para a completa compreensão da PNM brasileira, da justificativa da sua criação e das suas diretrizes é necessário inicialmente entender em que contexto a política foi implantada mediante breve percurso histórico no setor público farmacêutico brasileiro.

O primeiro marco histórico que deve ser lembrado no setor farmacêutico é a instituição da Central de Medicamentos (CEME) em 1971. A sua criação é considerada como o primeiro esforço do Estado brasileiro na produção e abastecimento de medicamentos essenciais no país (OLIVEIRA; LABRA; BERMUDEZ, 2006).

A CEME foi criada com o objetivo de regular a produção e a distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados ao Ministério da Saúde, com a finalidade básica de controle estatal da produção de medicamentos sobre o setor privado, como maneira de adquirir medicamentos para atendimento das necessidades médicas nacionais a preços mais baixos (SANTOS, 2011).

A CEME, durante sua trajetória, desenvolveu importantes ações voltadas para a saúde da população, apesar das dificuldades que foram identificadas para efetivação de seus objetivos (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A CEME foi responsável pela criação da primeira lista de medicamentos essenciais do país já em 1976, anterior à recomendação

da sua adoção pela OMS, chamada Relação Nacional de Medicamentos Básicos, que mais tarde passou a se chamar Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Foi, ainda, precursora do Programa de Farmácia Básica, destinado aos medicamentos utilizados na atenção primária. Durante esse período a AF esteve alinhada ao papel assistencialista e centralizador da CEME, fortemente caracterizada por uma política de governo ligada ao fornecimento governamental de um elenco mínimo de medicamentos destinados à parcela da população de maior carência social (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008; SANTOS, 2011).

Kornis, Braga e Zaire (2008) chamam a atenção para o final da década de 1970, quando o país iniciou um processo de reorganização das políticas públicas da saúde através do movimento sanitário ao mesmo tempo que o Brasil passava por um grande desenvolvimento da indústria farmacêutica transnacional. Este último elemento é de grande relevância, pois dificultava a implementação de uma política de medicamentos.

É nesse cenário, no ano de 1988, que se dá o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado ainda no interior da sede da antiga CEME. Essa foi a primeira vez que a sociedade civil e o Estado se reuniram para discutir a situação do setor farmacêutico brasileiro. Nesse encontro a AF e a política de medicamentos foram definidas como eixos estratégicos na formulação das políticas de saúde (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Dessa articulação surge o documento intitulado “Carta de Brasília”, que propôs estratégias a fim de desconstruir a condição de simples mercadoria que os medicamentos assumiram na sociedade brasileira. As principais diretrizes definidas no encontro foram posteriormente incorporadas na política nacional de saúde, na publicação da Lei Orgânica da Saúde. O seu artigo 6º prevê, além de outras ações, a criação de uma política de medicamentos no Brasil (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

Entretanto, em nenhum momento houve uma proposta hegemônica quanto a uma orientação política da instituição e a CEME não conseguiu, na prática, desenvolver as propostas de fortalecimento do setor farmacêutico no que se refere à produção estatal de insumos (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

De acordo com Kornis, Fraga e Zaire (2008), a forma fragmentada com que eram executadas as atividades desenvolvidas pela CEME, a falta de articulação do setor público e a dominância no

mercado farmacêutico brasileiro pelas empresas transnacionais foram decisivas para a desativação da CEME em 1997. Com sua extinção, intensificou-se no Ministério da Saúde um amplo processo de discussão com o objetivo de definir uma política de medicamentos para o país.

Como resultado da articulação nacional que ocorria no final da década de 1990 para definição dos aspectos políticos e técnicos de diversas legislações voltadas à AF e com o objetivo de garantir a implantação de uma política farmacêutica para o país, foi criada em 1998 a Política Nacional de Medicamentos (PNM) brasileira, pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, do Ministério da Saúde, derivada do processo político iniciado com a promulgação da Constituição Federal (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A PNM tem o objetivo de garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais no território nacional. Essa política contempla os princípios e as diretrizes constitucionais e legalmente estabelecidas, explicitando as diretrizes básicas e as prioridades a serem conferidas na sua implementação, bem como as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação (BRASIL, 1998).

A política define oito diretrizes e quatro prioridades nas quais uma diretriz e uma prioridade se referem especificamente a PURM (COELHO; PINHEIRO; MAGARINOS-TORRES, 2014). A PNM afirma que, com relação à PURM, deve ser consentida uma atenção especial à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial e no tratamento de doenças prevalentes. Especial ênfase deverá ser dada ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Da mesma forma, deverá ser promovida a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 1998).

É, assim, responsabilidade de todos os gestores do SUS viabilizar o cumprimento da PNM, garantindo a segurança, qualidade e eficácia dos medicamentos, a PURM e o acesso da população a aqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998).

Desde que foi criada, a PNM trouxe muitos avanços que beneficiaram a sociedade e que contribuíram para o desenvolvimento social do país, como a criação da Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (ANVISA) e a disseminação dos medicamentos genéricos. Apesar de todos os esforços para consolidação da PNM e suas diretrizes, alguns problemas ainda persistem como a desigualdade no acesso da população aos medicamentos essenciais. Aliado a este fato ainda há outros desafios a serem enfrentados, como o uso indiscriminado de medicamentos, a ausência da área de AF no organograma de ações em algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, o sub-financejamento do setor e a carência de recursos humanos capacitados (PORTELA et al., 2010).

## **2.2.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica**

O final da década de 1990 foi marcado por vários conflitos relacionados aos medicamentos no Brasil, dentre os quais podem ser citados a falta de confiabilidade e qualidade das indústrias farmacêuticas e as diversas denúncias de medicamentos falsos. Tais fatos culminaram na criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999, a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos, a criação da Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, conhecida como a Lei dos Genéricos, e o embate internacional com a Organização Mundial do Comércio pelas patentes dos medicamentos contra a Aids, que resultaram na recomendação pela 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde da convocação de uma conferência temática sobre a AF (JARAMILLO; CORDEIRO, 2014).

A I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica foi realizada em 2003, tendo resultado na aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), através da Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, em consonância com as deliberações da conferência. Tal política define a AF como: conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando seu acesso e uso racional.

Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, a garantia da qualidade de produtos e serviços, o acompanhamento e a avaliação de sua utilização, voltado à perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004).



Segundo Oliveira, Bermudez e Osório-de-Castro (2007), o ciclo da AF se inicia com a seleção de medicamentos. Tal etapa tem por objetivo determinar, de forma crítica, quais os medicamentos comporão as listas de medicamentos considerados essenciais para o atendimento das principais demandas de saúde da população e estarão disponíveis aos usuários. A segunda etapa é a programação, que se trata do processo que quantifica os medicamentos a serem adquiridos, com base nas demandas, evitando faltas ou superposição dos estoques. Após a programação é necessário adquirir medicamentos de qualidade e em tempo hábil, a fim de assegurar o abastecimento dos estoques por um período de tempo definido.

A etapa seguinte visa à garantia da integridade físico-química, qualidade e segurança dos medicamentos através do adequado armazenamento, que envolve as atividades de recebimento, guarda, controle de estoques e a expedição dos mesmos. Em sequência, a etapa de distribuição tem o objetivo de abastecer as unidades da rede em tempo oportuno e com um bom sistema de transporte. A utilização dos medicamentos contempla as atividades de prescrição, de dispensação e a utilização propriamente dita pelo usuário. Elas pressupõem a interação paciente - profissionais de saúde, sejam eles os prescritores, dispensadores, profissionais de enfermagem ou demais profissionais que se dedicam a promover o URM (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

As atividades de pesquisa e desenvolvimento, de produção e de registro não interagem diretamente com o ciclo da AF, porém através delas há a entrada de novos medicamentos no mercado e o registro pelo sistema de saúde. E, finalmente, permeando todo o ciclo da AF, estão as atividades de gestão, monitoramento e avaliação de cada uma das etapas descritas e dos recursos humanos envolvidos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

A PNAF é entendida como parte integrante da Política Nacional de Saúde, sendo uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais. Ela engloba os seguintes eixos estratégicos: Garantia do acesso e equidade de ações; Manutenção dos serviços farmacêuticos na rede pública de saúde; Qualificação dos serviços; Capacitação de recursos humanos; Ampliação e modernização dos laboratórios farmacêuticos oficiais; Utilização e atualização da RENAME; Pactuações intersetoriais que visem o desenvolvimento de tecnologias para atender as necessidades do SUS; Pactuações intersetoriais que visem à utilização de plantas medicinais e fitoterápicos, com base na

tradição popular e embasamento científico; Construção de uma política de vigilância Sanitária; Estabelecimento de mecanismos adequados à regulação e à monitoração do mercado de produtos estratégicos em saúde, entre eles o medicamento; e PURM, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

Suas ações devem considerar a Atenção Farmacêutica como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da AF com atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças e na promoção e recuperação da saúde, de forma integrada às equipes e através da relação direta farmacêutico-paciente, visando uma farmacoterapia racional voltada à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2004).

### **3.2.3 Programa Nacional de Segurança do Paciente**

Em outubro de 2004 a OMS lançou, na 57ª Assembléia Mundial de Saúde em Washington, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, cujo principal propósito é a conscientização e o comprometimento político dos países participantes para promoção de medidas que aumentem a segurança e a qualidade dos serviços de saúde, recomendando uma maior atenção dos países ao tema em questão. As autoridades presentes assumiram o compromisso internacional de desenvolver e aplicar os seus respectivos planos nacionais de segurança do paciente. O lema promovido na assembléia foi: “Primeiro não faça mal” (WHO, 2005). Desde então, na América Latina, os países vêm se organizando para cumprir com as ações previstas por essa aliança (BRASIL, 2011).

Com esse intuito, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, normatizado pela Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O programa tem o objetivo geral de contribuir para a qualificação do cuidado em saúde de todos os estabelecimentos do país, visando ações que reduzam os riscos aos quais os pacientes são expostos quando são atendidos em estabelecimentos de saúde em todos os níveis de atenção. Para o cumprimento desse objetivo foram estabelecidas várias estratégias que vão desde a elaboração de protocolos, guias e materiais de segurança do paciente, até a capacitação dos profissionais, gestores e da sociedade, promovendo a cultura do aprendizado, o aprimoramento organizacional e a implementação sistemática da vigilância e do monitoramento de incidentes em saúde.

A portaria também institui o Comitê de Implementação da Segurança do Paciente no Ministério da Saúde como uma instância colegiada, de caráter consultivo, com a finalidade de promover ações que visem à melhoria da segurança do cuidado em saúde.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.377, de 7 de julho de 2013, que aprova os protocolos de segurança do paciente. Trata-se de documentos que devem servir de guia para evitar a ocorrência de eventos adversos nos serviços de saúde. Eles foram elaborados segundo o consenso técnico-científico e formulados dentro de rigorosos parâmetros de qualidade, precisão de indicação e metodologia. O documento é dividido em seis tópicos: identificação correta do paciente; melhoria na comunicação dos profissionais de saúde; melhoria na segurança da prescrição, no uso e na administração de medicamentos; segurança cirúrgica; higienização das mãos; redução no risco de quedas; e redução de incidência de úlceras de pressão (BRASIL, 2013a).

O protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos foi elaborado sob coordenação do Ministério da Saúde e da ANVISA em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Ele deve ser aplicado em todos os estabelecimentos de saúde no Brasil, em todos os níveis de complexidade e contém orientações em relação aos detalhes da prescrição de medicamentos, dispensação e administração segura, para o monitoramento e avaliação dos seus respectivos indicadores, destacando a importância do incentivo às atividades clínicas dos farmacêuticos para a contribuição à segurança da utilização de medicamentos (BRASIL, 2013b).

Ainda no mês de julho, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de 25 de julho de 2013, que instituiu as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde. Com abrangência para todos os serviços de saúde do país (públicos ou privados) a RDC traz a obrigatoriedade da criação de um Núcleo de Segurança do Paciente nos Serviços de Saúde, que tem a responsabilidade e o poder para elaborar e executar as ações do Plano de Segurança do Paciente. O Núcleo deve estabelecer um planejamento das estratégias e ações para a gestão do risco de todas as atividades dos serviços de saúde, entre elas a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos. Além disso, o núcleo deve fazer o monitoramento de todos os eventos adversos ocorridos nos serviços de saúde, os quais devem ser notificados a ANVISA mensalmente, por



meio das ferramentas disponíveis. Os eventos adversos que evoluírem a óbitos devem ser notificados em até 72 horas a partir do ocorrido (BRASIL, 2013c).

## 2.3 ESTUDOS AVALIATIVOS SOBRE A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTO

Foi realizada uma análise da literatura de pesquisas que abordassem aspectos avaliativos da promoção do URM, com o objetivo de contribuir com a construção do saber sobre o tema de pesquisa. A análise foi feita mediante levantamento de estudos anteriores processados em bases de dados nacionais e internacionais, que contribuíram com a construção teórica e metodológica desse estudo.

As buscas foram realizadas nas bases de dados eletrônicas: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), *Literatura Latino Americana e do Caribe* (Lilacs), ambas acessadas via *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS), e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). As teses e dissertações relacionadas ao tema de pesquisa foram buscadas no banco de teses e dissertações da CAPES. O acesso às bases de dados eletrônicas se deu mediante senha institucional ao Portal CAPES, acessados nas dependências da Universidade Federal de Santa Catarina.

Para a realização das buscas nas bases de dados foram selecionados os seguintes termos: “Avaliação”, “Gestão em saúde” e “Utilização de medicamentos”, bem como seus correspondentes em espanhol e inglês, todos integrantes do vocabulário estruturado dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), criados pelo Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (Bireme). O termo “Uso racional de medicamentos” não foi utilizado devido à não existência desse descritor nas principais bases de dados. Como estratégia de buscas, foram realizadas combinações dos três termos selecionados e os seus correspondentes em inglês e espanhol, intercalados pelo operador booleano “AND”.

Optou-se por limitar o espaço de tempo de publicações nos últimos 10 anos. Foram buscados trabalhos publicados entre os anos de 2005 e 2014 por entender que durante esse período houve uma maior consolidação das pesquisas avaliativas na área da saúde, principalmente no Brasil, onde as discussões com relação à Promoção do URM foram iniciadas mais recentemente. As buscas não foram limitadas a estudos realizados no país, apesar do interesse maior na realidade nacional.

Também buscou-se pesquisas realizadas em outras partes do mundo por se entender que as metodologias e indicadores utilizados nessas pesquisas também seriam de interesse para o trabalho.

A **Figura 2** mostra o percurso metodológico realizado durante a pesquisa. As buscas foram realizadas nas bases de dados selecionadas e inicialmente foi encontrado um total de 1.919 publicações no período entre 2005 e 2014, sendo 1.085 trabalhos na Medline, 35 na Lilacs, 37 no Scielo e 762 no portal da CAPES. Foram, então, excluídos todos os títulos repetidos nas diferentes bases, os quais foram analisados uma única vez, totalizando 1.743 trabalhos.

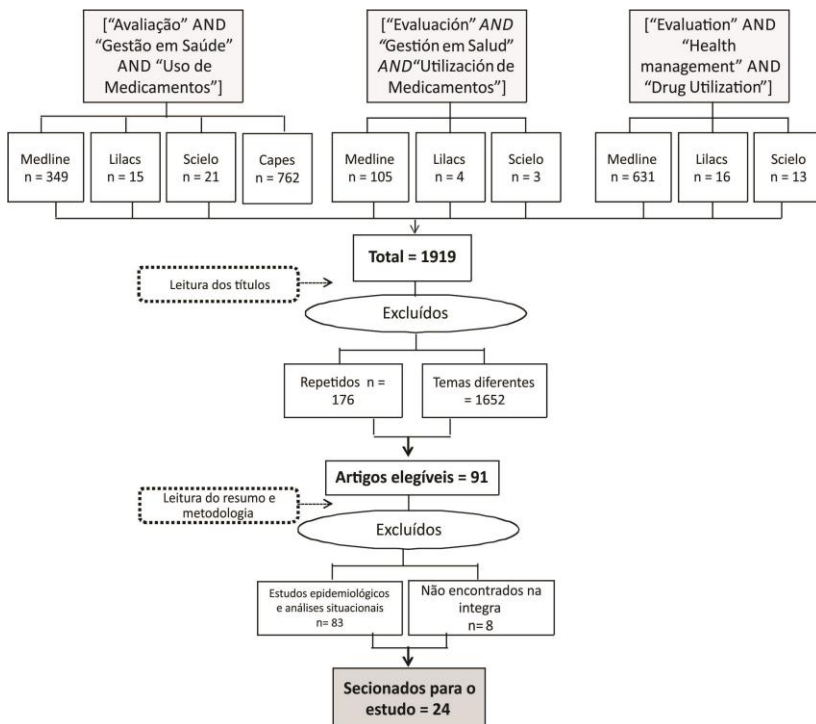
Após, foi realizada a análise de todos os títulos encontrados. Nos casos daqueles que não deixavam claros os objetivos da pesquisa foi feita a leitura dos resumos. Aplicaram-se, então, os seguintes critérios de exclusão: Editoriais, cartas ao editor, artigos de opinião, estudos que continham avaliações farmacológicas de novos fármacos ou comparação entre alternativas terapêuticas, avaliações clínicas envolvendo fármacos e/ou patologias específicas e avaliações de farmacoeconomia compreendendo a comparação entre opções terapêutica.

Dessa forma, foram selecionados para a próxima etapa do estudo todos os artigos que continham aspectos avaliativos sobre a utilização de medicamentos, sendo esses de gestão ou ações decorrente da atividade. No total foram excluídas 1.652 pesquisas, totalizando 91 títulos que foram submetidos à segunda etapa de análise.

A segunda etapa consistiu em leitura de todos os resumos e metodologias dos artigos com o objetivo de identificar a correlação com o tema buscado. Nesse estágio foram excluídos todos os trabalhos que não foram encontrados na íntegra e aqueles que não abordavam nenhum aspecto avaliativo sobre a utilização de medicamentos, como estudos estritamente epidemiológicos e análises situacionais.

Os trabalhos selecionados para a composição dos resultados do estudo foram sistematizados em um quadro segundo ano de publicação, autores, local de realização do estudo, objeto avaliado, os tipos de abordagem e a metodologia utilizada. Com relação ao tipo de abordagens, eles foram classificados como quantitativos, qualitativos ou quanti-quali (estudos mistos). Com relação ao método, optou-se por descrever resumidamente o procedimento metodológico utilizado no estudo.

**Figura 2.** Fluxograma da metodologia utilizada na revisão bibliográfica.



Fonte: Elaboração própria.

### 2.3.1 Análise e discussão dos artigos encontrados

Com base nos critérios relatados, foram selecionados 24 estudos, sendo 16 artigos científicos, 7 dissertações de mestrados e 1 tese de doutorado. O **Quadro 1** apresenta os trabalhos selecionados de acordo com o ano de publicação, autores, local de realização do estudo, objeto de pesquisa, tipo de abordagem e método utilizado.

**Quadro 1.** Descrição dos estudos selecionados segundo ano de publicação, autores, local de realização do estudo, objeto de pesquisa, tipo de abordagem e método.

Ano	Autores	Local do Estudo	Objeto de pesquisa	Tipo de abordagem	Método
2005	NAVES; SILVER	Distrito Federal	Assistência farmacêutica na atenção primária	Quantitativo	Entrevistas com os usuários utilizando os indicadores da assistência farmacêutica propostos pela OMS.
2005	FRAGA (dissertação)	Porto Alegre – RS	Serviços farmacêuticos da esfera municipal	Quantitativo	Análise documental das atividades da assistência farmacêutica e do conceito proposto pela PNM com elaboração de modelo lógico para a assistência farmacêutica.
2006	ARAÚJO; FREITAS	Ribeirão Preto – SP	A realidade da assistência farmacêutica	Qualitativo	Entrevistas semi-estruturadas com profissionais farmacêuticos na rede pública de saúde do município.

**Quadro 1. Continuação.**

<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Local do Estudo</b>	<b>Objeto de pesquisa</b>	<b>Tipo de abordagem</b>	<b>Método</b>
2006	WALTTERMARK; BERGMAN; KRAKAU	Suécia	Indicadores da Prescrição através de indicadores coletados na dispensação	Qualitativo	A análise dos dados comumente coletados na dispensação através do método DU 90%.
2006	BERNARDI; BIEBERBACH;TH OMÉ	Rio Grande do Sul	Assistência farmacêutica básica	Quantitativo	Aplicação de indicadores da assistência farmacêutica definidos pela SES do RS.
2006	WUTZKE et al.	Austrália	Impacto de um programa de redução do uso inadequado de antibióticos	Quanti-qualitativo	Os resultados e o impacto da intervenção foram determinados por cinco domínios de avaliação.
2006	HOLLOWAY et al.	Nepal	Resultados do programa de educação comunitária	Quanti-qualitativo	Os indicadores quantitativos foram aplicados antes e depois da intervenção.

**Quadro 1. Continuação.**

<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Local do Estudo</b>	<b>Objeto de pesquisa</b>	<b>Tipo de abordagem</b>	<b>Método</b>
2009	SKETRIS; INGRAM; LUMMIS	Canadá	A eficácia de diferentes abordagens na prescrição de medicamentos.	Qualitativo	Revisão bibliográfica conduzida em bases eletrônicas e classificação quanto a sua eficácia.
2009	GARJANI, et al.	Tabriz no Irã	Efeito de uma intervenção educativa na prescrição.	Quantitativo	Foram utilizados oito indicadores de prescrição correta.
2009	OSÓRIO-DE-CASTRO et al.	Brasil	Assistência farmacêutica para pacientes com malária e outras endemias	Quanti-qualitativo	Desenvolvimento de um modelo de avaliação dos serviços de assistência farmacêutica oferecidos aos usuários com malária.
2010	AWAD; AL-SAFFAR	Províncias do Kwait	Práticas do uso de medicamentos na atenção primária	Quantitativo	Os indicadores de prescrição médica propostos pela OMS foram aplicados em centros de saúde

**Quadro 1. Continuação.**

<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Local do Estudo</b>	<b>Objeto de pesquisa</b>	<b>Tipo de abordagem</b>	<b>Método</b>
2010	BARRETO; GUIMARÃES	Dois municípios na Bahia	A gestão da Assistência farmacêutica	Quanti-qualitativo	Aplicação de indicadores de avaliação da gestão da assistência farmacêutica e uma segunda fase com entrevistas com informantes chaves.
2011	SOUZA; PORTO; LYRA-JÚNIOR	Sergipe	Assistência farmacêutica	Quantitativo	Aplicação de um instrumento desenvolvido com base nos indicadores preconizados pelo Ministério da saúde.
2011	DOBLINSKI (dissertação)	Toledo – PR	A dispensação de medicamentos	Qualitativo	Entrevistas semi-estruturadas com os dispensadores de medicamentos e usuários atendidos nas UBS.
2011	SARTOR (dissertação)	Florianópolis – SC	A dispensação de medicamentos	Quanti-qualitativo	Elaboração de um modelo de avaliação da dispensação e teste piloto em UBS.

**Quadro 1. Continuação.**

<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Local do Estudo</b>	<b>Objeto de pesquisa</b>	<b>Tipo de abordagem</b>	<b>Método</b>
2011	SILVA (dissertação)	Rio de Janeiro	A implementação da assistência farmacêutica.	Qualitativo	Entrevistas com atores-chaves.
2012	ESTHER et al.	Brasil	A satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o HIV/AIDS	Qualitativo	Foi feita a elaboração de critérios de julgamento para avaliar a satisfação do usuário.
2012	LIMA (dissertação)	Rio de Janeiro	As demandas judiciais de medicamentos	Quantitativo	Utilizou dos indicadores de avaliação e monitoramento das demandas de judiciais de medicamentos.
2012	NAKATA (dissertação)	Várzea Grande – MS	A acessibilidade da assistência farmacêutica	Quanti-qualitativo	Elaboração de um modelo de avaliação e teste piloto.
2013	SUMPRADIT et al.	Tailândia	Programa uso inteligente de antibióticos	Quanti-qualitativo	1ª: Descrição da intervenção e avaliação da sua efetividade e 2ª: avaliação da viabilidade do programa.



**Quadro 1. Continuação.**

<b>Ano</b>	<b>Autores</b>	<b>Local do Estudo</b>	<b>Objeto de pesquisa</b>	<b>Tipo de abordagem</b>	<b>Método</b>
2013	AGUIAR;BALISA-ROCHA; LYRA-JÚNIOR	Aracajú	A implantação de serviços de atenção farmacêutica na rede Farmácia Popular do Brasil	Quantitativo	Avaliação de estrutura e processo por meio da aplicação da versão modificada do instrumento Behavioral Pharmaceutical Care Scale.
2013	MAGARINOS-TORRES; PEPE; OSÓRIO-DE-CASTRO	Rio de Janeiro e análise documental da União e dos Estados.	A seleção das listas de medicamentos essenciais	Quanti-qualitativo	Elaboração de uma proposta metodológica para subsidiar os processos de seleção de medicamentos nos estados e municípios.
2013	BRUNS (tese)	João Pessoa – PB	A implementação da Política Nacional de AF em João Pessoa	Quanti-qualitativo	Aplicação de indicadores da OMS, métodos de avaliação rápida e entrevistas dos profissionais de saúde.
2013	MENDES (dissertação)	Santa Catarina	A gestão da assistência farmacêutica	Quantitativo	Aplicação de um instrumento de avaliação da gestão da AF.

De acordo com os dados apresentados, os trabalhos estão bem distribuídos no período de tempo analisado. Os maiores números de pesquisas foram encontradas nos anos de 2006 e 2013, ambos com 5 estudos cada, o que demonstra estabilidade no volume de publicações sobre o tema. A maior parte deles (75%) foi realizada no Brasil, em diferentes níveis de abrangência, como municípios, regionais de saúde, estados ou no país como um todo. Tal fato indica que os pesquisadores brasileiros têm se dedicado a trabalhar principalmente com os temas referentes à assistência farmacêutica.

Com relação aos tipos de abordagens utilizadas nos estudos, 6 utilizaram técnicas qualitativas, 9 se valeram de métodos quantitativos e outro 9 trabalhos usaram abordagens mistas (estudos do tipo quanti-quali).

O estudo publicado por Leite, Vieira, Veber (2008) discute que as pesquisas na área de utilização de medicamentos ainda apresentam uma forte tendência na utilização de métodos quantitativos para as suas análises. No entanto, essa tendência não se repetiu nos trabalhos encontrados, uma vez que foi possível notar que a abordagem qualitativa está bastante presente na área, inclusive em proposta de abordagens metodológicas mistas, também conhecidas como estudos quanti-quali.

Com relação aos objetos de pesquisas, dos 24 estudos encontrados, 16 abordaram a AF. Desses, 5 trabalhos se preocuparam em avaliar o serviço da AF, analisando todas as etapas do seu ciclo (FRAGA, 2005; NAVES; SILVER, 2005; BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006; SOUZA; PORTO; LYRA-JÚNIOR, 2011; NAKATA, 2012). Por sua vez, Araújo e Freitas (2006) investigaram a percepção e o entendimento de diversos atores sociais sobre a AF. Tais pesquisas tiveram como objeto a AF no nível municipal e encontraram resultados que consideraram as atividades realizadas implantadas de forma incipientes nesses locais. Foram relatados problemas relacionados principalmente à suficiência e a qualificação dos recursos humanos e à adequação da estrutura física e material. De acordo com os autores, atividades da AF ainda são realizadas de forma muito centralizada, com comprometimento do cumprimento adequado das etapas do ciclo da AF. Essa situação, de acordo com Fraga (2005), Naves e Silver (2005) e Nakata (2012), tem causado prejuízos diretos ao acesso dos usuários aos medicamentos essenciais e aos serviços farmacêuticos.

Os trabalhos ressaltam, ainda, a importância do apoio da gestão para a estruturação e a efetivação da AF nos municípios. De acordo com

os autores, é necessário maior investimento para garantir o cumprimento das etapas do ciclo da AF e, consequentemente, garantir oferta dos medicamentos essenciais e promover o URM.

Outros trabalhos focaram em apenas uma etapa do ciclo da AF ou serviço farmacêutico específico. Dobliski (2011) e Sartor (2011) avaliaram a dispensação de medicamentos, respectivamente, nos municípios de Toledo (PR) e Florianópolis (SC). O principal problema encontrado em ambos os trabalhos está relacionado à orientação oferecida ao usuário no momento da dispensação. Os autores discutem que, na grande maioria das vezes, a dispensação era realizada por profissionais de saúde não farmacêuticos, que não receberam nenhum tipo de treinamento para a execução da atividade. Foram encontradas importantes falhas nas orientações básicas que devem ser repassadas para que os usuários façam o uso seguro e racional dos medicamentos. Como uma possível alternativa a esse problema, Aguiar, Baliza e Lyra-Júnior (2013) mantiveram o foco de sua avaliação nos indicadores de estrutura e processo empregados na implantação de um serviço piloto de atenção farmacêutica em uma farmácia do programa Farmácia Popular do Brasil, demonstrando as potencialidades da implantação do serviço nas demais farmácias da rede.

Mangarinos-Torres, Pepe e Osório de Castro (2013) trabalharam com a etapa da seleção de medicamentos essenciais e se dedicaram a elaborar um instrumento que subsidiasse a execução da etapa nos municípios e estados. Composta de oito metas e dezesseis ações interligadas e sequenciais, as autoras demonstram suas respectivas propostas metodológicas e os indicadores necessários para o acompanhamento das atividades.

Com relação à gestão da assistência farmacêutica, foram encontrados dois estudos. Barreto e Guimarães (2010) aplicaram um instrumento elaborado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF), da Universidade Federal da Bahia, em dois municípios baianos, seguido por uma série de entrevistas semi-estruturadas com informantes-chaves (BARRETO; GUIMARÃES, 2010). Mendes (2013), em sua dissertação de mestrado, faz uma adaptação do modelo desenvolvido na Bahia para a aplicação no contexto de seis municípios catarinenses. De acordo com Barreto e Guimarães (2010), apesar dos avanços alcançados com a consolidação do SUS em todo o país, a AF continua sendo vista de forma minimalista, como um setor que apenas fornece medicamentos, com enfoque nas atividades logísticas e com um forte viés burocrático. Essa visão traz

importantes consequências para sua gestão, com a priorização das atividades operacionais em detrimento das atividades relacionadas à supervisão e à orientação dos usuários.

A implementação da PNAF e seus fatores influenciadores foi avaliada por Silva (2011) e Bruns (2013), que, respectivamente, realizaram entrevistas com atores-chave identificados por meio da elaboração de um modelo teórico-lógico em três municípios brasileiros (SILVA, 2011) e avaliação do grau de implantação da política no município de João Pessoa (BRUNS, 2013). Os resultados dos estudos mostraram que a AF dos municípios está muito aquém do que determinam a PNM e PNAF, com problemas de recursos humanos, financeiros, estruturais e administrativos. Mesmo no município de João Pessoa, que obteve um escore de 53,12% de implantação da política, indicando um grau de implantação médio, faz-se necessário um esforço por parte dos gestores e técnicos para que sejam alcançados os objetivos primordiais relacionados ao acesso e ao uso racional de medicamentos.

Osório de Castro et al. (2009) e Esther e colaboradores (2012) se dedicaram a elaborar instrumentos de avaliação para a AF na malária e a satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento para HIV/Aids, respectivamente. Ambos tiveram como objetivo contribuir com o desenvolvimento de estratégias metodológicas para avaliação e ampliar o conhecimento sobre os temas selecionados.

Foram encontrados seis estudos que avaliaram o impacto de intervenções sobre o consumo de medicamentos. Tratam-se de estudos internacionais que investigaram os efeitos de programas ou ações educativas na melhoria da utilização de medicamentos pela população e/ou pelos profissionais de saúde. Para isso, foram empregadas diversas técnicas metodológicas, como análises documentais, métodos qualitativos, análise das prescrições e do consumo de medicamentos.

Os trabalhos de Wutzke (2006), Sketris; Ingram e Lummis (2009) e Sumpradit e colaboradores (2012) avaliaram a eficácia de programas governamentais que tinham por objetivo a otimização da utilização de medicamentos. O primeiro apreciou um programa nacional para melhoria no uso de antibióticos nas infecções respiratórias na Austrália, o segundo analisou as diversas abordagens realizadas no Canadá com o intuito de melhorar a utilização de medicamentos e o último pesquisou o impacto de um programa de uso inteligente de antibióticos na Tailândia. De maneira geral, as intervenções observadas nos três estudos se mostraram eficazes, levando a alterações nos padrões de utilização e no

número de prescrições. Mesmo quando consideradas modificações modestas, essas mudanças foram julgadas importantes e consistentes.

Entretanto, Sketris; Ingram e Lummis (2009) dizem que é necessária a versatilidade das intervenções para que as mesmas causem algum impacto no comportamento da população. É fundamental a utilização de abordagens diversas para se conseguir mudanças concretas, já que não existe uma única ferramenta para a resolução de todos os problemas relacionados ao uso inadequado de medicamentos.

Esses resultados concordam com os estudos realizados por Garjani e colaboradores (2009) no Irã e Holloway et al. (2006) no Nepal, onde foram realizadas intervenções menos abrangentes. O primeiro analisa o resultado da introdução de um grupo de discussão entre prescritores com o intuito de melhorar a prescrição de medicamentos e o segundo avalia o resultado obtido com um programa de educação comunitária sobre a utilização dos mesmos. Ambos os autores encontraram mudanças muito pequenas nos padrões de prescrição e utilização de medicamentos após as intervenções pontuais.

A avaliação dos indicadores de prescrição de medicamentos também foi encontrada nos trabalhos pesquisados. O monitoramento e a avaliação desses indicadores são instrumentos importantes para o acompanhamento e para a análise da qualidade e da pertinência das prescrições. O estudo realizado por Awad e Al-Saffar (2010) avaliou as prescrição médica nos centros de saúde do Kwait e, para tal, utilizou os indicadores propostos pela OMS para apreciar a qualidade das mesmas. Já Wettermark, Bergman e Krakau avaliaram a possibilidade de se analisar as prescrições de medicamentos com informações usualmente coletas no momento da dispensação e o método proposto se mostrou eficiente.

A análise bibliográfica realizada possibilitou a ampliação do conhecimento sobre os tipos de estudos que vem sendo desenvolvidos na área da PURM, as concepções teóricas e os indicadores que vêm sendo utilizados com esse fim. Os trabalhos que compuseram essa pesquisa apontam para a diversidade dos objetos de pesquisas, das metodologias e das abordagens que estão relacionados ao URM.

As pesquisas encontradas na área estão fortemente voltadas à avaliação da AF. De maneira geral, apresentaram resultados insatisfatórios com relação à estruturação e organização dos serviços. A partir dessa apreciação foi possível constatar que, apesar dos avanços já alcançados, o país ainda precisa desenvolver estratégias e reunir esforços para contribuir com a qualificação e aprimoramento da AF e

para esta última colaborar com a PURM. Isso porque, segundo Marin et al. (2003) todas as atividades do ciclo da assistência farmacêutica colaboram e têm como objetivo fundamental o URM.

Os resultados de intervenções na utilização de medicamentos entre os profissionais de saúde e a comunidade têm grande potencial de propor novas estratégias de atuação sobre o URM. Destacam, ainda, a importância da atuação da gestão no planejamento e coordenação de ações mais abrangentes, a fim de disciplinar a prescrição e a utilização de medicamentos e desenvolver estratégias de educação em saúde direcionadas aos profissionais de saúde e à população como um todo.

Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de se avançar no desenvolvimento do conhecimento científico e em pesquisas no campo da avaliação da PURM. Sugerem, ainda, a ampliação do escopo dos trabalhos para o cumprimento das responsabilidades da gestão nesse contexto, contribuindo com o envolvimento mais fidedigno dos gestores, em todos os seus níveis de atuação, com a melhoria dos padrões de utilização de medicamentos na sociedade.

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de avaliabilidade (EA) ou estudo de pré-avaliação, definido como um conjunto de procedimentos que precedem a etapa da avaliação, realizado para maximizar as chances de sucesso de estudos avaliativos de programas, políticas e práticas. Busca desenvolver uma metodologia que visa lidar com os diferentes desafios da etapa posterior, permitindo que ela seja realizada mais facilmente, maximizando os seus potenciais e a racionalização dos recursos, frequentemente escassos nessa área (LEVITON et al., 2010; NATAL et al, 2010).

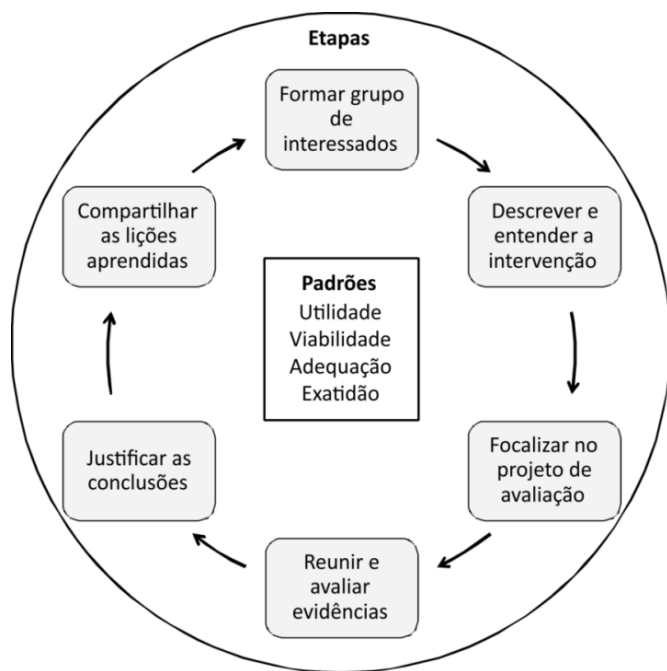
O objeto de pesquisa foram as ações da gestão municipal para a PURM, que nesse estudo foram caracterizadas como uma intervenção. De acordo com Contandriopoulos e colaboradores (2002), uma intervenção é constituída por um conjunto de meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos organizados num contexto político, em um dado momento, para produzir bens ou efeitos com o objetivo de modificar uma situação problemática. Dessa forma, é necessário entender que uma intervenção está sempre dentro de um contexto, relacionada com diversos atores e assim assume formato particular em um dado momento.

A finalidade desse trabalho foi elaborar um modelo de avaliação da gestão municipal na PURM considerando a descrição da intervenção, elaboração de um modelo teórico-lógico, uma matriz de análise e julgamento que permitisse a realização posterior de um estudo de avaliação com proposta de estratégias de sua aplicação.

O estudo tem uma abordagem qualitativa e foi realizado entre os períodos de Março de 2014 e Julho de 2015, baseado na metodologia *Framework for Program Evaluation in Public Health* desenvolvida pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC), publicada no ano de 1999 e revista por Leviton e colaboradores em 2010 (CDC, 1999; LEVITON et al., 2010). O método proposto pelo CDC é composto por seis etapas: a) Formação de um grupo de interessados; b) Descrição e entendimento da intervenção; c) Focalização do projeto de avaliação; d) Reunião e avaliação de evidências; e) Justificativa das conclusões; f) Compartilhamento das lições aprendidas. A metodologia está representada na **Figura 3** e mostra as etapas e os padrões necessários para a eficácia do estudo.

De acordo com Leviton e colaboradores (2010), os primeiros quatro passos da metodologia são extremamente importantes ao EA, porém o método proposto pelo CDC em nenhum momento leva à reflexão sobre a viabilidade da avaliação e a disponibilidade dos dados a serem coletados. Sem essa checagem, nem o modelo teórico-lógico, nem a matriz avaliativa têm muito significado, uma vez que se trata da atividade central dos EA. Dessa forma, durante a execução das etapas da pesquisa foram realizadas discussões com os grupos formados com a finalidade de realizar a checagem da plausibilidade dos elementos, como é recomendado pelos autores.

**Figura 3.** Metodologia *Framework for Program Evaluation in Public Health* proposta pelo CDC.



Fonte: CDC, 1999.



### 3.2 FORMAÇÃO DO GRUPO DE INTERESSADOS

Para a execução desse estudo foi formado um grupo de discussão composto por parceiros internos do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), constituído por professores do departamento e profissionais de saúde de diversas áreas, entre eles farmacêuticos, alunos de mestrado e doutorado da área de avaliação em saúde. As discussões e reflexões sobre o EA foram realizadas nas dependências da UFSC, na Disciplina de Seminários de Avaliação em Saúde, onde foram construídas as etapas iniciais do projeto de pesquisa, tais como a definição da pergunta de pesquisa, dos objetivos do projeto, da metodologia e a elaboração das propostas iniciais do modelo teórico-lógico e da matriz avaliativa.

### 3.3 DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

A descrição da intervenção possibilita a compreensão do objeto de pesquisa, incluindo sua finalidade, objetivos, metas e o contexto social em que a intervenção está inserida. De acordo com o CDC (1999), trata-se de uma etapa muito importante que possibilita uma melhora na precisão do estudo e norteia as discussões com o grupo de interessados.

Para a descrição e compreensão do objeto de pesquisa segundo finalidade, objetivos, metas, contexto social e indicadores da atuação da gestão na utilização de medicamentos, foram realizadas buscas de normativas e de publicações científicas relacionadas ao URM. As bases eletrônicas consultadas foram: o site Saúde Legis do Ministério da Saúde, Pubmed, Medline e Lilacs via *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS), Scielo e Portal de teses e dissertações da CAPES, mediante senha institucional ao portal CAPES nas dependências da UFSC, com os termos: “Avaliação”, “Gestão em saúde” e “Utilização de medicamentos” e os seus correspondentes em espanhol e inglês.

A partir da revisão realizada o referencial teórico foi sistematizado, apresentado, debatido e aprovado pelos participantes. A análise do grupo possibilitou: a descrição das responsabilidades da gestão municipal na PURM; a identificação dos efeitos esperados da intervenção no município; a definição da natureza, da população afetada e da magnitude do problema do uso inadequado de medicamentos; e descrição do contexto, que orientaram a modelagem do objeto.

### 3.3.1 Elaboração do modelo teórico e do modelo lógico

Após a definição do referencial teórico partiu-se para a etapa de modelagem do objeto de pesquisa. Segundo Medina e colaboradores (2005), fazer a modelagem de um objeto científico significa representá-lo, expressando seus movimentos e relações tendo como referência uma construção teórica. Quando se trata de estudos de avaliação é fundamental a explicação clara dos pressupostos que orientam sua formulação e suas vantagens incluem uma maior precisão do desenho do programa e um melhor manejo na definição das responsabilidades e no planejamento dos estudos avaliativos.

O modelo teórico foi estruturado levando em consideração o contexto social em que o objeto de pesquisa está inserido, as políticas de saúde, as legislações relacionadas ao tema e as ações da gestão que são necessárias à PURM, a partir do conceito do URM definido na PNM (BRASIL, 1998) (MEDINA et al., 2005). Durante o período de construção ele foi discutido e apresentado ao grupo de interessados, que analisaram a clareza dos conteúdos e a plausibilidade das relações causais, sendo posteriormente submetido a conferências de consenso com um grupo de especialistas para sua validação final, cuja metodologia esta descrita no item 4.5.1.

Essa análise viabilizou possibilitou: a descrição das responsabilidades da gestão municipal na PURM e dos efeitos esperados da intervenção; a definição da natureza e a magnitude do problema uso inadequado de medicamentos; a identificação das populações afetadas e a descrição do contexto.

As etapas anteriores orientaram a elaboração do modelo lógico, com a finalidade de explicitar os elementos que constituem e operacionalizam a intervenção, os seus objetivos e metas (MEDINA et al., 2005). A sua construção permitiu estabelecer os componentes, subcomponentes, estrutura, processo e os resultados intermediários e finais da intervenção.

### 3.4 FOCALIZAÇÃO DO PROJETO DE AVALIAÇÃO

A etapa de focalização do projeto de avaliação tem o objetivo de fazer o planejamento do estudo avaliativo, realizada de forma interativa com os participantes do grupo de interessados durante os seminários, onde foram definidos (CDC, 1999):

- O objetivo da avaliação: definição dos propósitos do estudo;
- Usuários interessados: definição das pessoas que tem interesse na avaliação;
- Finalidade da pesquisa: definição dos propósitos de utilização das informações geradas pelo estudo;
- Pergunta de pesquisa: definição da pergunta que norteia o estudo e que deve ser respondida ao seu final;
- Métodos: seleção do melhor método de pesquisa para alcançar os objetivos definidos pelo grupo e satisfazer as necessidades das partes interessadas.

### 3.5 REUNIÃO E AVALIAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

A fim de satisfazer as necessidades do grupo de interessados, o modelo avaliativo deve possibilitar o levantamento e a combinação de diferentes dados relacionados ao objeto de pesquisa, para a emissão de um juízo de valor ao final do estudo avaliativo (CDC, 1999) (LEVITON et al., 2010). Nessa etapa da pesquisa foi feita a estruturação da matriz de análise, com suas respectivas justificativas teóricas, que foi apresentada e discutida com o grupo de interessados, onde foram feitas sugestões de alterações e reorganização da Matriz. Posteriormente, as versões preliminares de modelo teórico-lógico e matriz de análise foram apresentados a um grupo de especialistas para sua validação.

#### 3.5.1 Definição da matriz de avaliação

A matriz avaliativa foi elaborada à luz do modelo teórico-lógico e da revisão sistematizada da literatura, mediante seleção de indicadores, medidas e parâmetros, que foram divididos em dimensões e subdimensões e que foram apresentados ao grupo de especialistas com suas respectivas justificativas teóricas, empregando-se uma técnica de conferência de consenso para a sua validação (MEDINA et al., 2005; SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

Diversas técnicas são utilizadas para a obtenção de consenso entre especialistas em estudos de avaliação na área da saúde. Elas são indicadas quando não se tem uma unanimidade sobre determinado assunto, seja por que não existem estudos sobre o tema ou quando existem opiniões controversas (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

Na tentativa de minimizar os efeitos negativos dos diversos métodos existentes, optou-se pela escolha de uma técnica de consenso mista para a validação tanto do modelo teórico-lógico quanto da matriz avaliativa. Essa estratégia tenta conciliar a possibilidade da discussão aberta e preservar o anonimato dos participantes dentro de uma logística viável, conhecida como conferência de consenso (SOUZA; SILVA; HARTZ, 2005).

Foram convidados a compor um grupo de especialistas treze participantes oriundos de universidades, da atuação clínica e da gestão municipal com formação nas áreas de farmácia, medicina e odontologia. O convite foi orientado pela área de atuação profissional e/ou experiência acadêmica com o tema URM e avaliação em saúde. No total dez participantes aceitaram compor o grupo de especialistas e a conferência de consenso foi realizada entre os períodos de fevereiro e maio de 2015, tendo sido composta por três etapas:

1. Pré-análise da proposta: Os participantes da conferência receberam via correio eletrônico a proposta inicial do modelo teórico-lógico e da matriz de análise, com as justificativas teóricas de cada dimensão, subdimensão e indicadores e foram convidados a se manifestar individualmente, com relação a cada item, quanto à *concordância plena, parcial ou não concordância* com a proposta inicial apresentada. As informações foram analisadas e consolidadas, preservando-se a identidade dos participantes. Os itens com *concordância parcial* e *discordância* foram levados para discussão na etapa seguinte.
2. Discussão presencial: Os participantes foram convidados para integrarem uma rodada de discussões abertas em dois encontros presenciais nas dependências da UFSC, de meio período cada. Nessas ocasiões os resultados da primeira etapa foram apresentados abertamente a todos, garantido a preservação do anonimato dos integrantes. Em seguida foi aberto um debate sobre cada uma das dimensões, subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros do instrumento inicialmente apresentado. Esses encontros serviram para o enriquecimento das discussões e para que os especialistas, pensando em conjunto, pudessem propor novas alterações no instrumento de pesquisa.
3. Análise final: Os comentários e contribuições da segunda etapa que foram de comum acordo foram incorporados ao material e enviados aos participantes via correio eletrônico, os quais foram

convidados a se manifestar novamente, de maneira individual e anônima, preenchendo novo questionário elaborado com relação à *concordância plena, parcial ou não concordância* com as alterações propostas. Os itens que apresentarem consenso compuseram a matriz de avaliação definitiva.

Durante o processo de validação buscou-se o entendimento comum entre os especialistas sobre a atuação da gestão municipal na PURM a respeito do problema que se pretende resolver, dos objetivos e dos resultados esperados da intervenção, além dos processos necessários para alcançá-los. Buscou-se, com isso, a análise da plausibilidade do modelo teórico-lógico apresentado e da matriz avaliativa (LEVITON et al., 2010).

### 3.6 JUSTIFICANDO AS CONCLUSÕES

Um estudo de avaliação deve ter suas conclusões bem justificadas através de uma clara relação entre as provas recolhidas e o julgamento emitido. Essa etapa do EA trata de esclarecer como as conclusões da avaliação serão alcançadas através de análise dos dados encontrados, síntese dos resultados, interpretação sistemática e comparações adequadas de julgamento (CDC, 1999). Com essa finalidade, foi elaborada uma matriz de julgamento que permitisse fazer a análise descritiva de cada item do instrumento elaborado com base no cumprimento ou não das metas estipuladas e a síntese através da combinação dos resultados encontrados, propiciando a emissão de um juízo de valor final.

Os parâmetros de julgamentos de cada medida estão fundamentados em aspectos normativos, na revisão de literatura realizada e nos acordos firmados entre os especialistas participantes da conferência de consenso, recebendo as designações “bom”, “regular” ou “ruim”. Cada designação recebeu escores de valores: 5 (cinco) para aqueles classificados como “bom”, 3 (três) para os “regulares” e 0 (zero) para os classificados como “ruim”.

Cada indicador recebeu entre uma e duas medidas, todas com o mesmo grau de importância. Para os indicadores que apresentam duas medidas binárias, o julgamento “bom” ou “ruim” foi atribuído quando houver coincidência na classificação, e “regular” quando elas foram discordantes. Na análise dos demais indicadores assim como das subdimensões, dimensões e da gestão, propõe-se considerar “bom” quando 50% dos itens forem classificados como “bom” e nenhum

“ruim”; como “ruim” quando 50% forem classificadas como “ruim”; como “regular” as demais situações.

### 3.7 COMPARTILHAMENTO DAS LIÇÕES APRENDIDAS

Essa etapa deve garantir que as partes interessadas estejam cientes das potencialidades e limitações do modelo avaliativo elaborado, de modo a garantir os acordos necessários ao procedimento de avaliação. Ela efetiva o objetivo primário do EA, isto é, que o instrumento elaborado seja útil e benéfico, de modo que os resultados encontrados sejam empregados efetivamente na tomada de decisão.

O desenvolvimento de um modelo avaliativo para o município pretende viabilizar a realização de avaliações situacionais, com a identificação dos fatores que possam contribuir para tomada de decisões e melhoria de resultados, passível de reaplicação periódica para o acompanhamento das ações desenvolvidas. O instrumento elaborado tem o propósito de ser um indutor de reformulação de práticas e de chamar a atenção dos gestores para as atividades de PURM, a importância e as vantagens de sua execução, que vão desde o incremento efetivo na saúde da população até o racionamento dos recursos públicos.

Nesse sentido, todas as etapas do EA foram realizadas levando-se em consideração a anuência dos participantes dos grupos formados, com foco em sua utilidade e benefício, de forma que possa ser efetivamente utilizado para orientar a tomada de decisão.

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Hematologia de Santa Catarina – HEMOSC (Parecer nº 910.516 de 02/12/2014) (ANEXO B) e, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (ANEXO C).

## 4 RESULTADOS

As normas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina orientam que os resultados das dissertações e teses produzidas devem ser apresentados no formato de artigos científicos. Dessa forma, foi elaborado um artigo intitulado: Promoção do Uso Racional de Medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal, de caráter metodológico que apresenta os resultados do EA a partir do modelo teórico-lógico, da matriz de análise e de julgamento e as recomendações necessárias à posteriores estudos avaliativos.

O artigo foi elaborado seguindo com as normas estabelecidas pela Revista Cadernos de Saúde Pública, avaliada pela CAPES no estrato A2 na área de Saúde Coletiva, visando a sua posterior submissão.

Os Rationales (justificativas) de cada dimensão, subdimensão e indicador estão apresentados nos Apêndice A (Dimensão Estrutural) e Apêndice B (Dimensão Operacional) os quais foram organizados em quadros onde foram apresentadas as fontes de referência, o cálculo de cada uma das medidas e os parâmetros consensuados, utilizados para emissão do juízo de valor final.

Os questionários elaborados para aplicação do modelo de avaliação estão disponíveis no Apêndice C e D (Formulário para coleta de dados nas farmácias municipais, CAFs e UBS e Formulário geral para coleta de dados) que deverão ser respondidos, respectivamente, pelos profissionais responsáveis pelas unidades e pelo gestor municipal ou por um profissional de saúde designado por ele.

## 4.1 ARTIGO 1

**PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: UMA PROPOSTA DE MODELO AVALIATIVO DA GESTÃO MUNICIPAL**

**Resumo:** O artigo propõe um modelo avaliativo da gestão municipal na Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PURM). Análises documentais, revisão de literatura científica e reuniões com grupos de interessados orientaram a elaboração do modelo teórico, modelo lógico e da matriz de análise e julgamento composta por critérios, indicadores e padrões. Para a sua validação utilizou-se a técnica de conferência de consenso com especialistas farmacêuticos, gestores da esfera municipal e pesquisadores. A matriz é composta por vinte e oito indicadores agregados em seis subdimensões que sintetizam as dimensões Estruturais e Operacionais das ações da gestão municipal na promoção do URM. O estudo possibilitou a explicitação e entendimento entre especialistas sobre os objetivos e metas da intervenção, indicando a possibilidade do modelo expressar a atuação da gestão na promoção do URM e concluiu pela plausibilidade do modelo avaliativo proposto e de sua pertinência em estudos avaliativos.

**Palavras-chave:** Avaliação de Programas e Projetos em Saúde; Gestão em saúde; Uso de medicamentos.

**Abstract:** This paper proposes an evaluation model for municipal management in to Promote the Rational Use of Drugs (RUD). Documental analysis, scientific literature review and meetings with stakeholder groups have been used to guide the development of theoretical and logical models as well as an analysis and judgment matrix composed by criteria, indicators and standards. In order to validate it, consensus conference technique with pharmaceutical specialists, municipal managers and researchers were used. This matrix is composed by twenty-eight indicators divided into six sub-dimensions that summarize structural and operational dimensions of municipal management in promoting RUD. This study has promoted understanding amongst experts about this intervention objectives and goals, indicating that it is possible to use this model to express management performance in promoting RUD, which has concluded to be plausible demonstrating its relevance in evaluation studies.



**Key Words:** Program Evaluation; Health Manegement; Drug Utilization.

## INTRODUÇÃO

Os medicamentos têm papel central na terapêutica contemporânea, com potencial de aliviar sintomas e, em alguns casos, curar doenças. O acesso a eles é considerado um direito humano fundamental<sup>1</sup>, porém mundialmente, os medicamentos estão incorporados à lógica capitalista de consumo. A forte pressão para a uniformização do comportamento humano, influenciado pelo modelo biomédico, e as estratégias de vendas da indústria farmacêutica, incentivam o uso inadequado e intensificam o processo de medicalização da sociedade<sup>2</sup>. Esse tema é discutido entre as autoridades mundiais há vários anos e é considerado um problema global e extremamente sério<sup>3,4</sup>.

A situação brasileira na utilização de medicamentos é igualmente preocupante. O país apresenta alta prevalência de consumo de medicamentos, e baixa adesão da população à prescrição conforme a orientação dos serviços. O problema é agravado pelo processo da automedicação, muito presente na dinâmica social do país<sup>5</sup>.

A Constituição Federal brasileira atribui ao Estado a responsabilidade por garantir saúde à população através do acesso a bens e serviços e adoção de medidas de redução de riscos a doenças e agravos. Na Política Nacional de Medicamentos (PNM) os gestores são responsáveis pela Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PURM)<sup>6,7</sup>.

No Brasil o Uso Racional de Medicamentos (URM) foi definido como o processo que compreende prescrição apropriada, disponibilidade oportuna, dispensação adequada e consumo nas doses, intervalos e período de tempo indicados de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade<sup>7</sup>.

Por esse conceito o URM resulta de relações entre diferentes atores sociais, evidenciando as responsabilidades do governo, dos profissionais de saúde e da sociedade para a sua efetivação<sup>8</sup>. No nível municipal cabe ao gestor disponibilizar os recursos e subsídios necessários para a implementação e efetivação do uso mais adequado dos medicamentos na sua área de atuação.

Os medicamentos representam boa parcela dos gastos públicos e não são substâncias inócuas. Promover o uso adequado auxilia a

racionalização de recursos e amplia a qualidade dos tratamentos em saúde<sup>8,9</sup>. Conhecer os mecanismos que auxiliam a PURM é fundamental e, nesse contexto, os estudos de avaliação apresentam-se como uma ferramenta para obtenção de conhecimento e norteadora de mudanças.

Avaliar consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, com o objetivo de colaborar na tomada de decisões. Trata-se de um instrumento útil para o alcance dos objetivos de um programa ou intervenção, resultando no conhecimento do trabalho que já é realizado e indicando mudanças para os problemas detectados<sup>10</sup>.

A ampla discussão sobre o URM em nível mundial, o preocupante quadro brasileiro na utilização de medicamentos, as consequências e o desperdício de recursos devido o uso inadequado, a relevância das ações da gestão na PURM, o tempo de implantação da PNM, e a importância de estudos avaliativos para tomada de decisão, tornam oportuna a proposição de um modelo avaliativo da gestão municipal na PURM. Busca-se uma melhor compreensão das responsabilidades do gestor municipal na PURM, para subsidiar o planejamento e a implementação de ações, organização e reorientação dessa intervenção nos municípios.

Esse artigo tem o objetivo de apresentar uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal na PURM composto por um modelo teórico, modelo lógico, matriz de análise e julgamento e recomendações necessárias para futuros estudos avaliativos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo baseado na metodologia *Framework for Program Evaluation in Public Health* desenvolvida pelo Center for Disease Control and Prevention (CDC) e revista por Leviton e colaboradores<sup>11,12</sup>. Estudo de abordagem qualitativa, realizado entre os períodos de Março de 2014 e Julho de 2015. Considerou as etapas: formação de um grupo de interessados, descrição e entendimento da intervenção, focalização do objeto, identificação e discussão dos elementos de análise e fontes de evidências, justificativa das conclusões e compartilhamento das lições aprendidas<sup>11</sup>. Durante a execução das etapas da pesquisa foram realizadas oficinas de discussões com os participantes para assegurar a plausibilidade dos elementos incluídos no modelo teórico, modelo lógico e na matriz de análise e julgamento<sup>12</sup>.

As ações da gestão municipal que propiciam o URM foram consideradas nesse estudo uma intervenção, constituída por um conjunto de meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos, organizados num contexto político, com o objetivo de modificar uma situação problemática<sup>13</sup>.

Optou-se pelo desenvolvimento de uma proposta aplicável a municípios com população igual ou superior a 100 mil habitantes, através da seleção de indicadores adequados aos municípios com esse porte. Essa decisão reflete a intenção de investigar casos de maior complexidade na gestão pública, em virtude das singularidades e complexidade dos municípios com essa conformação e de se estabelecer comparação interna dos resultados encontrados.

Inicialmente, formou-se um grupo de discussão com integrantes de um Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva de uma Instituição Federal de Ensino Superior composto por pesquisadores, professores, estudantes de diversas áreas da saúde, em nível de mestrado e doutorado. As discussões e reflexões foram realizadas durante Seminários de Avaliação em Saúde e reuniões de um grupo de pesquisa, conformando as etapas iniciais do estudo: elaboração da pergunta de pesquisa, revisão documental e bibliográfica, identificação de objetivos e metas da intervenção e elaboração da proposta inicial do modelo.

Foram realizadas buscas de normativas e publicações científicas relacionadas à PURM. As bases eletrônicas consultadas foram: site Saúde Legis do Ministério da Saúde, Pubmed, Medline e Lilacs via *Biblioteca Virtual de Saúde* (BVS), Scielo e Portal de teses e dissertações da CAPES. Como termos de busca: “Avaliação”, “Gestão em saúde” e “Utilização de medicamentos” e os seus correspondentes em espanhol e inglês.

A revisão conformou o referencial teórico sistematizado e possibilitou a elaboração do modelo teórico, para expressar a teoria que orienta a intervenção<sup>14</sup>. O modelo foi debatido e aprovado pelo grupo e a análise viabilizou: a descrição das responsabilidades da gestão municipal na PURM e dos efeitos esperados da intervenção; a definição da natureza e a magnitude do problema uso inadequado de medicamentos; a identificação das populações afetadas e a descrição do contexto.

Esses aspectos orientaram a elaboração do modelo lógico, com a finalidade de explicitar os elementos que constituem e operacionalizam a intervenção, os seus objetivos e metas<sup>14</sup>. A sua construção permitiu estabelecer os componentes, subcomponentes,

estrutura, processo e os resultados intermediários e finais da intervenção. Durante o processo os integrantes faziam a análise da clareza dos conteúdos incluídos e da plausibilidade das relações causais.

A revisão de literatura também auxiliou na seleção dos componentes da matriz de análise, com a inclusão de indicadores usados em estudos anteriores. A matriz foi apresentada e discutida com o grupo de interessados, que fizeram sugestões de alteração e reorganização, orientados pela confrontação do objeto avaliado com o previsto, à luz do modelo lógico<sup>14</sup>.

Procedeu-se então a validação do modelo teórico, lógico e da matriz de avaliação por um grupo de especialistas, com a perspectiva de ampliar a análise de plausibilidade e consistência da proposta. Optou-se por utilizar um método misto, que busca conciliar a possibilidade da discussão aberta e ao mesmo tempo preservar o anonimato dos participantes, conhecido como conferência de consenso<sup>15</sup>.

Foram convidados treze especialistas provenientes de universidades, do serviço público e da gestão municipal com formação nas áreas de farmácia, medicina e odontologia. O convite foi orientado pela área de atuação profissional e/ou experiência acadêmica com os temas URM e avaliação em saúde. Dez convidados compuseram o grupo de especialistas e sete colaboraram em todas as etapas da conferência de consenso, mas a participação de todos foi decisiva para validação do modelo.

A conferência de consenso foi realizada entre os períodos de fevereiro e maio de 2015 em três etapas:

- Pré-análise da proposta: os participantes receberam via correio eletrônico a proposta do modelo avaliativo, com as justificativas de cada dimensão, subdimensão e indicadores para se manifestarem individualmente quanto à *concordância plena*, *parcial* ou *não concordância* em cada item. Todos os participantes enviaram sugestões que foram analisadas e sistematizadas. Os itens com *concordância parcial* e *discordância* foram levados para discussão presencial.
- Discussão presencial: foram realizados dois encontros de meio período, nas dependências da Universidade, onde os participantes foram convidados a integrar uma rodada de discussões. A síntese da etapa anterior foi apresentada a todos, assegurando o anonimato das respostas e em seguida aberto o debate sobre cada item do instrumento de pesquisa. Esses

encontros serviram para que os especialistas, pensando em conjunto, propusessem novas adequações ao instrumento.

- **Análise final:** Os comentários e contribuições de comum acordo foram incorporados ao material e enviados aos participantes que foram convidados a se manifestarem novamente de forma individual, via correio eletrônico, sobre a *concordância plena, parcial ou não concordância* da nova proposta. Os participantes concordaram com o resultado final do modelo avaliativo proposto.

A matriz de julgamento foi elaborada de modo a permitir a análise descritiva dos componentes da matriz de análise. Os parâmetros de julgamento estão fundamentados em aspectos normativos, na revisão de literatura e nos acordos firmados entre os especialistas, recebendo as designações “bom”, “regular” ou “ruim”. Cada indicador recebeu entre uma e duas medidas, todas com o mesmo grau de importância. Para os indicadores que apresentam duas medidas binárias, o julgamento “bom” ou “ruim” foi atribuído quando houve coincidência na classificação, e “regular” quando discordante. Na análise dos demais indicadores assim como das subdimensões, dimensões e da gestão, considerou-se “bom” quando 50% dos itens fossem classificados como “bom” e nenhum “ruim”; como “ruim” quando 50% fossem classificadas como “ruim”; como “regular” as demais situações.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Santa Catarina (CEP-HEMOSC) (parecer nº 910.516 02/dez/2014).

## RESULTADO E DISCUSSÃO

### **Atribuições da gestão municipal na PURM**

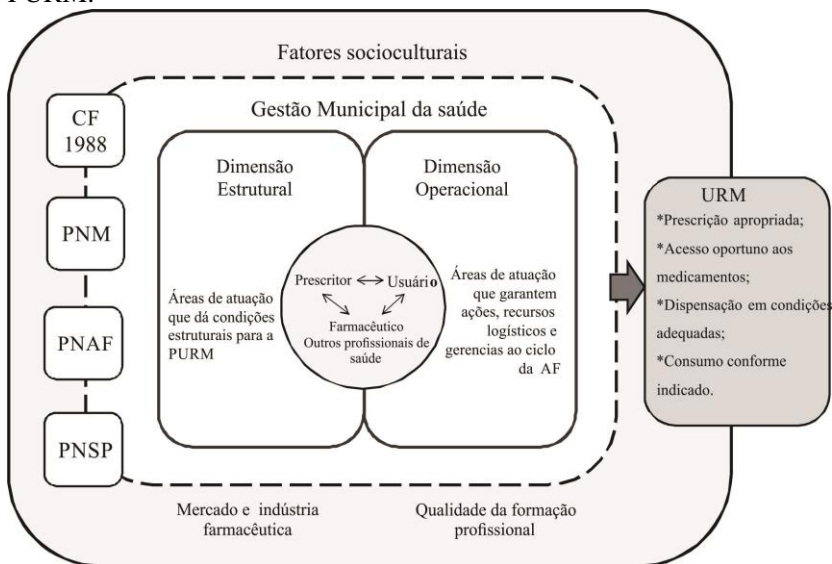
As discussões para a definição das atribuições da gestão municipal na PURM se pautaram no conceito de URM e na revisão bibliográfica realizada, considerando o contexto e as possibilidades de atuação da gestão neste nível. Os documentos normativos que orientaram as discussões foram a PNM, a Política Nacional de Assistência farmacêutica (PNAF) e o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) que tratam da PURM e da segurança no uso<sup>7,16,17</sup>.

Após intensos debates e discussões entre os participantes concluiu-se que as ações de PURM são intervenções importantes, e

devem ser implementadas pela gestão municipal para a prevenção de agravos, proteção à saúde e racionalização de recursos. Entre outras iniciativas, envolvem o planejamento e execução de ações voltadas a organização dos serviços farmacêuticos, a promoção da prescrição racional e o desenvolvimento de um programa educativo voltado para a comunidade<sup>8</sup>.

O modelo teórico apresentado na Figura 1 resume a compreensão do URM como um processo que sofre influência das relações da sociedade brasileira com os medicamentos, em especial nos aspectos socioculturais, de mercado, da formação dos profissionais de saúde, além daqueles relacionados à gestão.

**Figura 1.** Modelo teórico das atribuições da gestão municipal na PURM.



Fonte: Elaboração própria.

Os fatores socioculturais da população brasileira são determinantes para o padrão de utilização de medicamentos e aceitação dos mesmos pela sociedade. Os medicamentos têm papel central na abordagem à saúde, vista como algo de valor e objeto desejável, integrado a uma lógica de mercado que estimula o consumo de

medicamentos. O fato é agravado pela atuação do mercado de medicamentos e da indústria farmacêutica com estratégias de marketing direcionadas aos prescritores e consumidores que influenciam as políticas públicas, os profissionais de saúde e os usuários<sup>2</sup>.

A formação dos profissionais de saúde é determinante no entendimento do processo saúde-doença e no tipo de assistência que é ofertada à população. O ensino superior em saúde, centrado no modelo biomédico, tem sido alvo de inúmeras críticas, dispondo de currículos com uma forte tendência tecnicista, pautada na medicalização, que compromete a capacidade julgamento dos profissionais<sup>16,17</sup>.

No âmbito da gestão, as determinações legais estabelecidas para o funcionamento do SUS orientam as decisões político-administrativas e a definição de prioridades no nível municipal. As ações de proteção e promoção da saúde como dever do Estado são discutidas desde a promulgação da Constituição Federal e, a partir da ampla discussão sobre a utilização de medicamentos, foram estabelecidas políticas e ações com diretrizes estratégicas e prioritárias a PURM, com destaque para a PNM e a PNAF. Mais recentemente, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) estabeleceu ações que visam reduzir os riscos aos pacientes, dentre eles, os decorrentes da utilização de medicamentos<sup>6,7,18,19</sup>.

As ações da gestão municipal para a PURM envolvem aspectos: Estruturais e Operacionais. Os Estruturais visam dar o suporte necessário à operacionalização das ações de PURM, e referem-se à disponibilidade de recursos humanos necessários ao atendimento da população, oferta de estruturas físicas e tecnológicas que auxiliam os profissionais de saúde no cumprimento de suas responsabilidades, e a instituição de mecanismos de decisão e controle necessários ao planejamento, coordenação e execução das ações. Os aspectos Operacionais referem-se à capacidade da gestão em ampliar os recursos logísticos e gerencias necessários à correta execução das etapas do ciclo da AF, para assegurar o acesso e o uso de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade<sup>20</sup>.

As ações da gestão devem ser voltadas aos atores responsáveis pela operacionalização do URM: prescritores, demais profissionais de saúde e população. A prescrição é a primeira etapa da utilização de medicamentos e a relação entre prescritor e usuário tem papel crucial para a PURM. Para ser efetiva, a prescrição deve ser vista de maneira satisfatória por ambos, e a adesão a terapia é dependente das trocas de

informações, vivências e adequada orientação no momento da consulta<sup>21</sup>.

A PURM é uma atividade multidisciplinar e todos os profissionais de saúde devem contribuir com esse fim, em especial foi evidenciada a relação do usuário com o farmacêutico. Esse profissional se encontra na interface da dispensação e utilização dos medicamentos, fazendo a conferência da prescrição, orientando o usuário e monitorando os resultados da terapia medicamentosa. Merece destaque também, a relação entre o prescritor e os demais profissionais de saúde, para que através da combinação de conhecimentos e complementaridade de saberes, sejam alcançados resultados mais eficientes na utilização de medicamentos<sup>22,23</sup>.

Como resultado das ações da gestão municipal, espera-se contribuir para o Uso Racional de Medicamentos (URM), expressado pela prescrição de medicamentos apropriada, acesso oportuno da população aos medicamentos, dispensação em condições adequadas e consumo dos medicamentos pela comunidade conforme o indicado no serviço de saúde.

A identificação e detalhamento dos componentes, atividades e resultados esperados da intervenção estão expressos no modelo lógico (Figura 2). Os elementos foram consensuados com o objetivo de identificar as estruturas necessárias e as atividades com execução previstas. Concluiu-se que para promover o URM o gestor municipal nas suas atribuições deve:

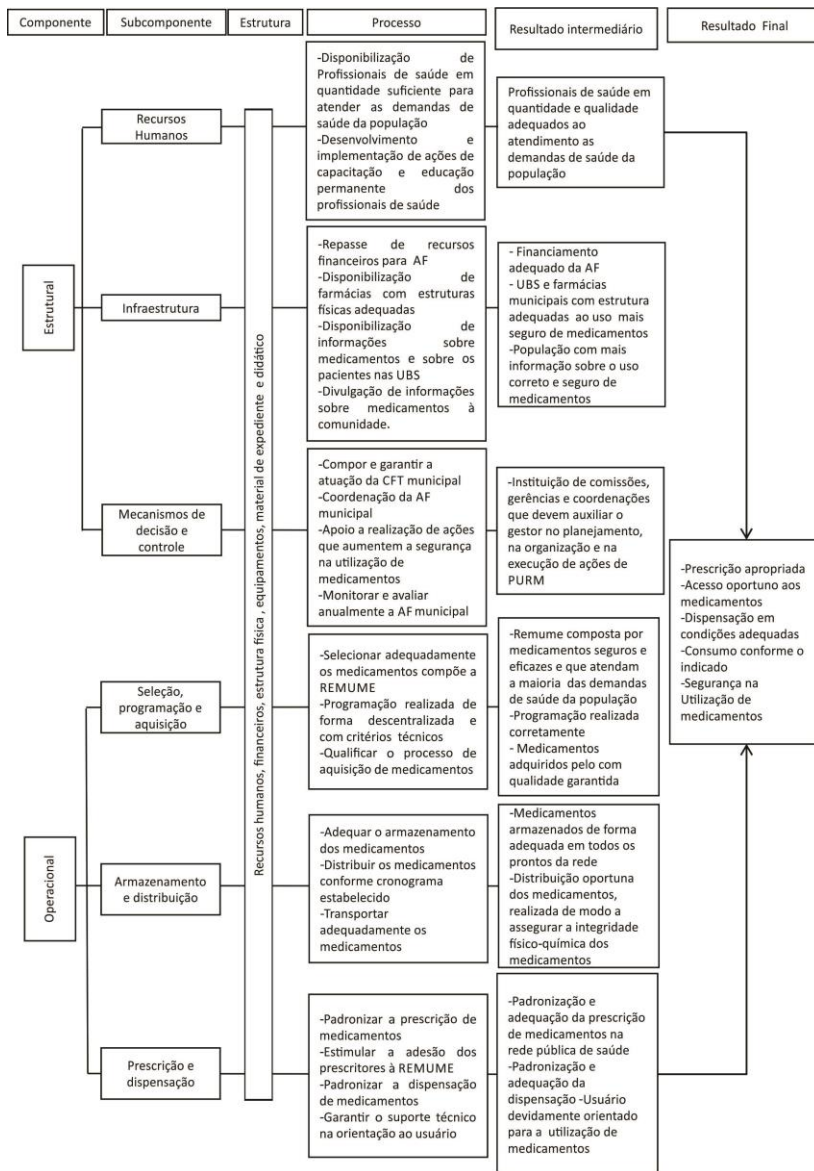
- Realizar ações centradas no provimento de informação sobre a utilização adequada de medicamentos, voltadas aos profissionais de saúde e à comunidade, na tentativa de minimizar possíveis deficiências na formação profissional, capacitar os recursos humanos para o cumprimento das suas responsabilidades, e assegurar que a população tenha acesso a informações sobre a utilização de medicamentos<sup>23,24</sup>.
- Garantir a disponibilização de recursos humanos e meios físicos necessários ao atendimento da população, contribuir com o URM e colaborar com a segurança na utilização de medicamentos nos serviços de saúde, prevenir a automedicação e os problemas com uso inadequado de medicamentos<sup>25</sup>.
- Instituir mecanismos de decisão e controle com o intuito de auxiliar no planejamento, na organização e na execução de ações de PURM e orientar a tomada de decisão nos serviços de saúde<sup>8</sup>.



- Garantir o cumprimento das etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos, que visam garantir o acesso oportuno da população aos medicamentos e promover o uso racional dos mesmos<sup>23</sup>.

A análise do conceito de URM e das responsabilidades no nível municipal permitiu compreender a importância da atuação da gestão municipal na PURM. Ao ofertar o suporte necessário à realização das ações, e sua execução de forma coordenada e simultânea em diversos pontos no processo de utilização de medicamentos, amplia-se o escopo de atuação e o potencial de sucesso da PURM, uma vez que não existe uma ferramenta única para a resolução dos problemas relacionados à má utilização de medicamentos<sup>26</sup>.

A matriz de avaliação final foi composta pelas dimensões Estrutural e Operacional, com seis subdimensões e vinte e oito indicadores listados no quadro 1 com as suas respectivas medidas e parâmetros.

**Figura 2.** Modelo lógico das atribuições da gestão municipal na PURM.

Fonte: Elaboração própria.

**Quadro 1.** Matriz de análise das ações da gestão municipal na PURM, Brasil, 2015.

Dimensão estrutural	Subdimensão Recursos humanos	Indicador	Medida	Parâmetro	Fonte
		Cobertura dos profissionais da atenção básica	Relação entre o n° equipes de saúde da família ou equivalentes e a população residente	Bom (5): $\leq 3000$ Regular (3): 3001 - 4000 Ruim (0): $> 4000$	Entrevista / IBGE
		Cobertura de farmacêuticos atuando na atenção básica	Relação entre o n° de farmacêuticos atuando na atenção básica e a população residente	Bom (5): $\leq 10.000$ Ruim (0): $> 10.000$	Entrevista / IBGE
		Qualificação dos profissionais de saúde no ingresso ao serviço público sobre o URM	Realização de capacitações sobre o URM até seis meses após o ingresso.	Bom (5): Sim Ruim (0): Não	Lista de presença das capacitações
		Educação permanente oferecida aos profissionais de saúde sobre o URM	Realização de educação permanente dos profissionais de saúde sobre o URM nos últimos dois anos.	Bom (5): Sim Ruim (0): Não	Registro das capacitações

**Quadro 1. Continuação**

Dimensão estrutural		Indicador	Medida	Parâmetro		Fonte
Subdimensão Infraestrutura	Financiamento da AF	Valor investido na compra de medicamentos do componente básico da AF no último ano.	Bom (5): investiu no mínimo o valor normatizado Ruim (0): investiu menos que o valor normatizado.		Relatório anual de gestão	
	Ambiente destinado aos serviços farmacêuticos	% de farmácias que atendem as especificações de estrutura definidas pela RDC 44/2009	Bom (5): 100% - Regular (3): 99%-70% - Ruim (0): <70% -		Visitas técnicas	
	Suporte a decisão clínica	% UBS que contam com cópia do FT ou sistemas online de informações de medicamentos	Bom (5): 100% Regular (3): 99% - 50% Ruim (0): <50%	Σ dos escores: 10-8: Bom (5) 6: Regular (3) 3-0: Ruim (0)	Visitas técnicas	
		% de UBS que utilizam um sistema de prontuários eletrônicos	Bom (5): ≥80% Regular (3): 79% - 50% Ruim (0): <50%		Visitas técnicas	
	Estratégias de divulgação de informações sobre medicamentos à comunidade.	*Divulgação de informações na mídia. *Disponibilização de materiais de apoio aos profissionais de saúde	Bom (5): sim para as duas questões Regular (3): sim para uma das questões. Ruim (0): Não realiza.		Materiais de divulgação / Entrevista	

**Quadro 1. Continuação**

Dimensão estrutural		Indicador	Medida	Parâmetro		Fonte
Subdimensão Mecanismos de decisão e controle	Existência e composição da CFT	*CFT formada minimamente por médico, enfermeiro e farmacêutico; *CFT formalizada na secretaria.	Bom (5): Sim para as duas questões. Regular (3): Sim para primeira questão e não para a segunda Ruim (0): Não para primeira questão.		Portaria de instituição / atas das reuniões	
	Regularidade de atuação da CFT	Nº de reuniões realizadas no ultimo ano	Bom (5): $\geq 6$ Ruim (0): $< 6$		Atas das reuniões	
	Coordenação da AF	Existência da coordenação da AF na SMS.	Bom (5): Sim Ruim (0): Não		Entrevistas	
	Estratégias para o gerenciamento da segurança dos pacientes nos serviços de saúde	Existência de um NSP no município	Bom (5): Sim Ruim (0): Não	$\Sigma$ dos escores: 10: Bom (5) 5: Regular (3) 0: Ruim (0)	Entrevista	
		Definição do fluxo de farmacovigilância	Bom (5): Sim Ruim (0): Não		Entrevista	
	Monitoramento e avaliação da AF	*Aplicação anual de um instrumento de avaliação da AF. *Devolução dos resultados aos profissionais de saúde.	Bom (5): Sim para duas questões. Regular (3): Sim para primeira questão e não para a segunda. Ruim (0): Não faz.		Relatório da ultima avaliação / Entrevista	

**Quadro 1. Continuação**

Dimensão Operacional	Subdimensão Seleção, programação e aquisição	Indicador	Medida	Parâmetro		Fonte
		Adequação da REMUME	% de medicamentos constantes na REMUME que também constam na RENAME.	Bom (5): ≥80% Regular (3): 79% - 60% Ruim (0): <60%		RENAME/ REMUME
		Programação de medicamentos	Programação de medicamentos realizada: *UBS;*Nível Central	Bom (5): Sim para ambas as questões. Ruim (0): Qualquer outra possibilidade.	Σ dos escores: 10: Bom (5) 5: Regular (3) 0: Ruim (0)	Entrevistas
			Programação de medicamentos nas UBS realizada com critérios técnicos.	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.		Entrevistas
		Cumprimento da programação na compra de medicamentos	% de itens adquiridos conforme a programação na última licitação municipal.	Bom (5): Sim; Não (0): Qualquer outra possibilidade.		Programação / Edital de licitação
		Padronização de compras	Compra medicamentos que não pertencem a REMUME com pareceres técnicos da CFT.	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.		Pareceres da CFT
		Qualificação dos fornecedores	*Elaboração de um registro do recebimento dos medicamentos. *Análise do desempenho dos fornecedores.	Bom (5): Sim para as duas questões. Regular (3): Sim para primeira questão e não para a segunda Ruim (0): Não faz.		Registro elaborado / Entrevistas

**Quadro 1. Continuação**

Dimensão Operacional	Indicador		Medida	Parâmetro		Fonte
		Qualidade do processo de licitação	Edital de licitação com os requisitos que assegurem a qualidade dos medicamentos.	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.		Edital de licitação
	Subdimensão Armazenamento e distribuição	Adequação do armazenamento	% farmácias municipais com os instrumentos mínimos para garantir a integridade física dos medicamentos	Bom (5): 100% Regular (3): De 99% - 80% Ruim (0): <80%		Visitas técnicas
		Controle de estoque	% erros encontrados no relatório de inventário realizado no ultimo ano.	Bom (5): ≤10% Ruim (0): >10% ou não fez inventário no último ano.		Último relatório de inventário
		Descarte adequado de medicamentos	Contrato vigente com empresa que deve fazer o descarte	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.		Contrato vigente
		Regularidade de distribuição	Cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos.	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.	∑ dos escores: 10: Bom (5) 5: Regular (3) 0: Ruim (0)	Cronograma
			% de entregas realizadas com atrasos de mais de 15 dias nos últimos 6 meses.	Bom (5): ≤10%; Regular (3): De 11% - 20%; Ruim (0): >20% ou não registra.		Registro das entregas nos últimos 15 dias.
	Adequação do transporte de medicamentos	Disposição de veiculo adequado que atenda as Boas Práticas de transporte	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.		Visita técnica	

**Quadro 1. Continuação**

Dimensão Operacional	Subdimensão Prescrição e dispensação de medicamentos	Indicador	Medida	Parâmetro	Fonte
		Padronização da prescrição de medicamentos	Existência de normas e/ou procedimentos que normatizem a prescrição.	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.	Norma ou procedimento
		Estímulo a adesão dos prescritores a REMUME	Disponibilização de farmacêuticos com atribuição de divulgar e incentivar a adesão à REMUME.	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.	Entrevista
		Padronização da dispensação de medicamentos	Existência de normas ou procedimentos que normatizem a dispensação.	Bom (5): Sim; Ruim (0): Não.	Norma, manuais ou procedimento
		Suporte técnico na orientação ao usuário	% UBS que contam com suporte técnico do farmacêutico na orientação aos usuários	Bom: = 100% Ruim: Qualquer outra possibilidade:	Visitas técnicas

Fonte: Elaboração própria.



A **Dimensão Estrutural** contempla a análise dos aspectos gerenciais básicos à organização de ações de PRUM: Recursos Humanos, Infraestrutura e Mecanismos de decisão e controle. A escassez de profissionais de saúde e falhas na sua qualificação podem favorecer o processo de automedicação e o uso inadequado de medicamentos<sup>27</sup>. Nessa perspectiva a **Subdimensão Recursos Humanos** propõe a análise da: (1) *Cobertura dos profissionais da atenção básica* pressupondo que a manutenção da relação adequada entre o número profissionais da atenção básica e a população do município contribui com o URM; (2) *Cobertura de farmacêuticos atuando na atenção básica* pressupondo o direito de acesso da população aos serviços farmacêuticos<sup>28,29</sup>; (3) *Qualificação dos profissionais de saúde no ingresso ao serviço público* que expressa a preocupação da gestão em minimizar os efeitos de possíveis deficiências da formação profissional<sup>30,31</sup>; (4) *Educação permanente oferecida aos profissionais de saúde* no qual se espera que o gestor mantenha o conjunto de trabalhadores atentos e capacitados para a PURM<sup>7</sup>.

A **subdimensão Infraestrutura** visa analisar os investimentos, aspectos do ambiente de trabalho, aporte tecnológico e materiais, necessários ao bom funcionamento das equipes de saúde e à PURM. Está composta por quatro indicadores: (1) *Financiamento da AF* pressupõe que a gestão municipal deve financiar adequadamente a compra dos medicamentos de acordo com a legislação vigente<sup>32</sup>; (2) *Ambiente destinado aos serviços farmacêuticos* presume a disponibilização de farmácias em boas condições garante adequada execução dos serviços farmacêuticos<sup>33</sup>; (3) *Suporte à decisão clínica* expressa a necessidade de disponibilizar aos profissionais informações de medicamentos livres de conflito de interesses e garantir o acesso a informações dos pacientes em todos os pontos da rede, como subsídios a tomada de decisão<sup>34,35</sup>; (4) *Estratégias de divulgação de informações sobre medicamentos à comunidade*, considerando a contribuição da mídia e a disponibilização de materiais aos profissionais de saúde para realização de atividades<sup>23</sup>.

**Mecanismos de Decisão e Controle** estão relacionados à complexidade e diversidade das atividades relacionadas à PURM<sup>8</sup>, que requerem a criação de meios para auxiliar o gestor no planejamento, desenvolvimento e acompanhamento das atividades relacionadas à PURM. A subdimensão foi composta por cinco indicadores: (1) *Existência e composição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)* expressa o interesse da gestão em selecionar medicamentos

seguros, eficazes e adequados às necessidades da população<sup>23</sup>; (2) *Regularidade de atuação da CFT* dispõe sobre a atuação da comissão no município demonstrando o grau de interesse na política de uso racional e o compromisso dos seus membros com as atividades<sup>36</sup>; (3) *Coordenação da AF* pressupõe a preocupação na estruturação e qualificação dos serviços farmacêuticos<sup>37</sup>; (4) *Estratégias para o gerenciamento da segurança dos pacientes nos serviços de saúde* dispõem sobre a necessidade de instituir meios de gerenciamento de riscos na utilização de medicamentos, através da criação do Núcleo de Segurança do Paciente no município<sup>38</sup> e estabelecimento de um fluxo de farmacovigilância para notificações de eventos adversos ocorridos<sup>23</sup>; (5) *Monitoramento e avaliação da AF* considerado indispensável à garantia da qualidade dos serviços, pela identificação de fragilidades, devolução dos resultados encontrados aos profissionais de saúde e implementação de melhorias<sup>34</sup>.

A **Dimensão Operacional** visa identificar a atuação da gestão municipal em todo o ciclo da assistência farmacêutica. A subdimensão **Seleção, programação e aquisição** analisa a capacidade da gestão em selecionar e adquirir adequadamente os medicamentos utilizados no município pelos indicadores: (1) *Adequação da REMUME* expressa a adequação do processo de seleção de medicamentos como base na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)<sup>7</sup>; (2) *Programação de medicamentos* deve ser realizada de forma descentralizada e ascendente, iniciada nas unidades de saúde e concluída centralmente, utilizando de critérios técnicos<sup>39</sup> (3) *Cumprimento da programação na compra de medicamentos* uma vez que cortes realizados na programação podem comprometer a disponibilidade de medicamentos<sup>39</sup>; (4) *Padronização de compras* para garantir a segurança dos pacientes e a racionalização dos custos<sup>23</sup>; (5) *Qualificação dos fornecedores* realizada através do registro das entregas de medicamento e análise do desempenho para identificar os fornecedores inadequados<sup>23</sup>; (6) *Qualidade do processo de licitação* expressa a necessidade da exigência da documentação sanitária recomendada pelo Ministério da Saúde nos editais de compra, visando garantir a procedência e a qualidade dos medicamentos<sup>39</sup>.

A **Subdimensão Armazenamento e distribuição** trata da responsabilidade do gestor em assegurar o acesso oportuno e a qualidade dos medicamentos<sup>40</sup> composta por cinco indicadores: (1) *Adequação do armazenamento* pela disponibilidade dos instrumentos mínimos essenciais à conservação dos medicamentos: termômetro, ar

condicionado e geladeira (quando oportuno)<sup>36</sup>; (2) *Controle de estoque* dispõe sobre a necessidade de manter informações confiáveis sobre a movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento das demandas<sup>23,40</sup>; (3) *Descarte adequado de medicamentos* resultantes de sobras do paciente e do gerenciamento inadequado da AF, com o objetivo de evitar a contaminação ambiental, que pode causar eventos adversos à saúde humana e animal<sup>41</sup>; (4) *Regularidade de distribuição* trata do planejamento e da garantia do abastecimento adequado de medicamentos nas farmácias municipais<sup>29</sup>; (5) *Adequação do transporte de medicamentos* onde a gestão deve disponibilizar veículos que atendam as boas práticas de transporte<sup>29,42</sup>.

**Prescrição e dispensação de medicamentos** dispõem que o gestor deve instituir meios de padronização e melhoria dos serviços de prescrição de medicamentos, dispensação e orientação ao usuário, composta por quatro indicadores: (1) *Padronização da prescrição de medicamentos* dispõe sobre a elaboração de normativas ou procedimento que visam orientar, disciplinar e padronizar a prescrição de medicamentos<sup>18,29</sup>; (2) *Estímulo a adesão dos prescritores à REMUME* expressa pela presença de farmacêuticos atuando na atenção básica com essa atribuição junto aos prescritores<sup>40</sup>; (3) *Padronização da dispensação* avalia o esforço para garantir a qualidade do serviço de dispensação através da elaboração de normas ou procedimentos que oriente, discipline e padronize o serviço<sup>7,26</sup>; (4) *Suporte técnico a orientação ao usuário* supõe que a gestão municipal deve disponibilizar farmacêuticos com a atribuição de supervisionar e capacitar os profissionais responsáveis pela entrega de medicamentos nas farmácias e fazer o atendimento dos usuários quando necessário, assegurando a qualidade da orientação oferecida<sup>24</sup>.

A operacionalização das etapas do ciclo da AF foi considerada requisito básico para a garantia do acesso e URM, partindo do entendimento que todas as atividades contribuem com esse fim. Por esse motivo todas as dimensões, subdimensões, indicadores e medidas do modelo avaliativo foram considerados com o mesmo grau de importância<sup>23</sup>.

A matriz de Julgamento apresentada no Quadro 2 sugere critérios para a emissão do juízo de valor da gestão. Para facilitar a operacionalização da análise cada designação recebeu escores de valores: 5 (cinco) para classificação “bom”, 3 (três) para “regular” e 0 (zero) para “ruim”. Tais escores possibilitam o cumprimento dos

critérios de julgamento propostos a partir da somatória em cada componente, o que facilita a aplicação da matriz.

**Quadro 2.** Matriz de julgamento da gestão municipal na PURM. Brasil, 2015.

Dimensão estrutural	Subdimensão	Julgamento		
		Subdimensão	Dimensão	Gestão
	Recursos humanos	$\sum$ dos escores: 20-18: Bom (5) 17-11: Regular (3) 10-0: Ruim (0)	$\sum$ dos escores: 15-13: Bom (5) 12-6: Regular (3) 5-0: Ruim (0)	$\sum$ dos escores: 10-8: Bom 7-6: Regular 5-0: Ruim
	Infraestrutura	$\sum$ dos escores: 20-16: Bom (5) 15-11: Regular (3) 10-0: Ruim (0)		
Mecanismos de decisão e controle	$\sum$ dos escores: 25-21: Bom (5) 20-11: Regular (3) 10-0: Ruim (0)			
Dimensão Operacional	Seleção, programação e aquisição	$\sum$ dos escores: 30-24: Bom (5) 23-16:Regular (3) 15-0: Ruim (0)	$\sum$ dos escores: 15-13: Bom (5) 12-6: Regular (3) 5-0: Ruim (0)	
	Armazenamento e distribuição	$\sum$ dos escores: 25-21: Bom (5) 20-11: Regular (3) 10-0: Ruim (0)		
	Prescrição e dispensação de medicamentos	$\sum$ dos escores: 20-15: Bom (5) 10-0: Ruim (0)		

Fonte: Elaboração própria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia participativa adotada nesse estudo resultou em um modelo avaliativo que possibilitou uma rica discussão a respeito do problema do uso inadequado de medicamentos, dos objetivos da PURM e dos resultados esperados com a intervenção, além dos processos necessários para alcançá-los, com vistas à análise da plausibilidade do modelo teórico-lógico e da matriz propiciando a obtenção do consenso entre os participantes sobre os elementos.

O modelo avaliativo proposto foi considerado apropriado pelo grupo de especialistas, que julgaram todos os itens coerentes e passíveis de obtenção, indicando que o mesmo pode ser utilizado em posteriores estudos avaliativos. É importante ressaltar que pequenos ajustes no modelo teórico e lógico e na matriz de avaliação podem ser necessários do decorrer das aplicações do instrumento e a qualquer momento podem ser revisados.

A preocupante situação mundial com uso inadequado de medicamentos, a sua representação simbólica na sociedade, assim como as determinações nacionais sobre o tema e o contexto em que se dá a descentralização SUS conferem à gestão municipal um papel fundamental na PURM junto aos profissionais de saúde e a comunidade. O desenvolvimento de um modelo avaliativo para o município pretende viabilizar a realização de avaliações situacionais, com a identificação dos fatores que possam contribuir para tomada de decisões e melhoria de resultados, passível de reaplicação periódica para o acompanhamento das ações desenvolvidas. O instrumento elaborado tem o propósito de ser indutor de reformulação de práticas e chamar a atenção dos gestores para as atividades de PURM, a importância e vantagens da sua execução, que vão desde o incremento efetivo na saúde da população ao racionamento dos recursos públicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wannmacher L. Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais. In: BRASL. Ministério da Saúde. Temas selecionados 2010: Uso racional de medicamentos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 15-20.

2. Caponi S, Verdi M, Brzozowsk FS, Hellman F. Medicalização da vida: ética, Saúde pública e Indústria farmacêutica. 1 ed. Palhoça: Unisul; 2010.
3. World Health Organization. The rational use of drugs: report of the conference of experts Nairobi, 1985 Jul 25-29. Geneva: WHO; 1987.
4. Holloway, K.; Dijk, LV. The word medicines situation: Rational use of medicines. 3. ed. Geneva: WHO; 2011. 22 p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18064en/s18064en.pdf>>. Acesso em: 06 abr 2014.
5. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudo de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e na América Latina. Ciênc. saúde colet. 2008 abr; 13(suppl.):793-802.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: Artigo 196. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 31 out 1998.
8. Coelho HLL, Pinheiro RM, Magarinos-Torres R. Promoção do uso racional de medicamentos. In: Osório-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 283-294.
9. Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. Rev. Bras. Cien. Farm. 2006 out; 42(4): 475-85
10. Calvo MC, Henrique F. Avaliação: Concepções teóricas sobre o tema. In: Lacerda JT, Traebert JL. A odontologia e a estratégia Saúde da Família. Palhoça: Unisul; 2006.103-128.

11. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR 1999 set; 48(RR-11): 1-58.
12. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. Annu. Rev. Public Health 2010 abr; 31(1): 213-33.
13. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 29-47.
14. Medina MG, Silva G, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: Aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 41-63.
15. Souza LEPE, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre o objeto-imagem da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 65-91.
16. Ferreira RC, Fiorini VML, Crivelaro E. Formação Profissional no SUS: o Papel da Atenção Básica em Saúde na Perspectiva Docente. Rev Bras Educ Med 2010 abr/jun; 34(2): 207-15.
17. Torres MFM, Carvalho FR, Martins MD. Estudo comparativo da concepção de saúde e doença entre estudantes de odontologia e ciências sociais de uma universidade pública no Estado do Rio de Janeiro. Ciênc saúde colet 2011; 16suppl 1:1409-15.
18. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília. Diário Oficial da União 07 mai 2004.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília. Diário Oficial da União 02 abr 2013.

20. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. Cad. Saúde Pública 2010 jun; 26(6): 1207-20.
21. Pepe VLE, Osório-de-Castro CGS. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Cad Saúde Pública 2000 jul/set;16(3):815 - 22, jul./set., 2000.
22. Pepe VLE, Osório-de-Castro CGS. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. Cad Saúde Pública 2000 jul/set;16(3):815 - 22, jul./set., 2000.
23. Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
24. Ev LS, Golçalves CB. Utilização de medicamentos. In: Osório-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 119-34.
25. Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring, vol 1. Michigan: Heath Administration Press; 1980. 3-31.
26. Sketris IS, Ingram EML, Lummis HL. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. Can J Clin Pharmacol 2009 jan; 16(1): 103-25.
27. Andrade AR, Pinho LB. Fatores socioculturais associados à prática da automedicação em uma cidade do interior do estado de Mato Grosso, Brasil. Rev Enferm 2008 abr/jun; 2(2):128-136.
28. Vieira FS, Marques DC, Jeremias SA. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de saúde. In: Osório-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 39-50.



29. Conselho Federal de Farmácia. A assistência farmacêutica no SUS. Brasília: CFF, 2010.
30. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MC. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Cad Saúde Pública 2010 mar; 26(3): 603-12.
31. Ivama-brummell AM, Lyra júnior D, Sakai MH. Recursos Humanos para Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: Osório-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014; 69-78.
32. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe Sobre as normas de financiamento e de execução do componente básico da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 31 jul 2013.
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União 19 ago 2009.
34. World Health Organization. Promoting rational use of medicine: core components, 2002.  
<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>> (Acesso em: 15/abr/ 2014).
35. Figueiredo JFM, Pizzol DAS, Medeiros Júnior LC, Bezerra AFF, Motta GHMB. Infraestrutura de segurança para comunicação, autenticação e autorização transparentes em hospitais federados. Health Informatics J 2011 abr./jun; 3(2): 58-63.
36. Mendes SJ, Manzini F, Farias MR, Leite SN. Gestão da Assistência Farmacêutica: avaliação de um município Catarinense. Rev Eletrônica Gest Saúde 2015 jan; 6(1): 4-29.

37. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS; 2007.
38. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 36 de 25 de Julho de 2013. Institui as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial União 26 jul 2013.
39. Ministério da Saúde. Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS: Orientações básicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 55 p.
40. Guerra Júnior AA, Camuzi RC. Logística Farmacêutica In: Osório-de-Castro CGS, Luiza VL, Castilho SR, Oliveira MA, Jaramillo NM. Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 89-118.
41. Bueno CS, Weber D, Oliveira KR. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. Rev Ciên Farm Básica Apl 2009 ago; 30(2): 203-10.
42. World Health Organization. Forty-fourth report of the WHO Expert Committee on specifications for pharmaceutical preparations. n. 957. Geneva: WHO; 2010. 235-64.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo a PURM como uma importante estratégia de prevenção de agravos, proteção a saúde e racionalização de recursos, que deve ser implementada pelos gestores do SUS nos seus respectivos níveis de atuação, esse estudo almeja contribuir para o avanço do conhecimento científico sobre o tema e no desenvolvimento metodológico no campo da gestão e da avaliação das atividades de PURM.

A preocupante situação mundial com uso inadequado de medicamentos, a sua representação simbólica na sociedade, as determinações nacionais sobre o tema e o contexto em que se dá a descentralização do SUS, conferem à gestão municipal um papel de destaque na PURM junto aos profissionais de saúde e a comunidade. Nesse sentido, a atuação da gestão municipal foi considerada fundamental pelos participantes para a melhoria dos padrões de utilização de medicamentos na população sob a sua responsabilidade.

O gestor municipal no seu campo de atuação tem a possibilidade de assegurar a realização simultânea das diversas atividades necessárias a esse fim, de forma coordenada, certificando-se do acompanhamento e estruturação das práticas que visam assegurar o acesso da população a medicamentos seguro, eficazes e de qualidade e a execução de práticas mais seguras na utilização de medicamentos nos serviços de saúde e na comunidade.

As ações da gestão municipal na PURM conforme apresentado, foi considerada uma intervenção passível de avaliação e o EA realizado se mostrou apropriado, uma vez que foi possível caracterizar os elementos que constituem a intervenção e elaborar indicadores de avaliação que vão permitir a ampliação do conhecimento sobre as atividades desenvolvidas e contribuir com o seu aperfeiçoamento.

O modelo avaliativo apresentado foi elaborado e discutido a partir de uma metodologia participativa, que possibilitou uma rica discussão a respeito da lógica que deve orientar a execução das atividades de PURM nos municípios, possibilitando a obtenção do consenso entre os participantes sobre os elementos que constituem o modelo proposto.

Durante todas as etapas do EA os integrantes faziam a checagem das relações causais estabelecidas e da plausibilidade dos elementos, visando assegurar a aplicabilidade da construção teórica realizada. Os elementos foram elaborados com base nas normativas nacionais, na

revisão bibliográfica e nos acordos firmados nas conferências de consenso e ao final do processo, o modelo avaliativo proposto foi considerado apropriado pelo grupo de especialistas, que julgaram todos os itens coerentes e passíveis de obtenção, indicando que o modelo é adequado a realização de posteriores estudos avaliativos.

O desenvolvimento de um modelo avaliativo para o município pretende viabilizar a realização de avaliações situacionais, com a identificação dos fatores que contribuem com os resultados encontrados, passível de reaplicação periódica para o acompanhamento das ações desenvolvidas. Dessa forma, o instrumento elaborado tem o propósito de ser indutor de reformulação de práticas, chamando a atenção dos gestores para as atividades que devem ser desenvolvidas no município para promover o URM, para a importância e vantagens da sua execução, que vão desde o incremento efetivo na saúde da população ao racionamento dos recursos públicos.

É importante ressaltar que pequenos ajustes no modelo teórico-lógico e na matriz de avaliação podem ser necessários do decorrer das aplicações do instrumento e a qualquer momento eles podem ser revisados à medida que novas informações forem coletadas ou em decorrência de modificações e atualizações do objeto de pesquisa.

Apesar do tempo já transcorrido desde a publicação da Constituição Federal e a elaboração da PNM, sabe-se que no geral os países, principalmente os menos desenvolvidos, tem dificuldades de implementar ações de PURM devido à falta de institucionalização das atividades nos sistemas de saúde e ao baixo investimento na área, e no Brasil essa situação não é diferente. Nesse sentido, a realização de estudos avaliativos da gestão na PURM foi considerada recomendável pelos especialistas, tanto na tentativa de favorecer a institucionalização, o desenvolvimento das atividades nos municípios e contribuir com o maior envolvimento dos gestores nas atividades de PURM, quanto para o avanço do conhecimento científico na área, ampliando o escopo dos trabalhos sobre utilização de medicamentos para o cumprimento das responsabilidades da gestão na PURM.

Pretende-se dar seguimento a esse estudo, com a aplicação do modelo avaliativo nos municípios de Santa Catarina com população igual ou superior a 100.000 habitantes, a fim de se conhecer a situação do estado e colaborar com a instituição das atividades de PURM nas secretarias municipais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, P. M.; BALISA-ROCHA, B. J.; LYRA-JÚNIOR, D. P. Avaliação de indicadores de estrutura e processo de um serviço de Atenção Farmacêutica na Farmácia Popular do Brasil: um estudo piloto. **Revista de Ciências Farmacêutica Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 34, n. 3, p.301-310, jun./mar. 2013.

ALMEIDA, M. R.; CASTRO, L. L. C.; CALDAS, E. D. Conhecimentos, práticas e percepção de risco do uso de medicamentos no Distrito Federal. **Revista de ciências Farmacêutica Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 225 – 232, jan./mai. 2011.

ANDRADE, A. R.; PINHO, L. B. Fatores socioculturais associados à prática da automedicação em uma cidade do interior do estado de Mato Grosso, Brasil. **Revista de Enfermagem**, Pernambuco, v. 2, n. 2, p.128-136, abr./jun. 2008.

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p. 629 -640, abr., 2008.

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3603 – 3614, nov. 2010.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 1, p.137-146, jan./mar. 2006.

AWAD, A.; AL-SAFFAR, N. Evaluation of drug use practice at primary health care centers of Kuwait. **European Journal of clinical Pharmacology**, Heidelberg, v. 66, n. 12, p. 1247-1255, 2010.

BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios

baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p.1207-1220, jun. 2010.

BERNARDI, C. L. B.; BIERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica dos municípios de abrangência da 17ª coordenadoria regional de saúde do Rio Grande do Sul. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.73-83, jan./abr. 2006.

BEZERRA, L. C. A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.883-900, abr. 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 36 de 25 de Julho de 2013. Institui as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2013 c.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 44**, de 17 de agosto de 2009. Brasília, 2009.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Segurança do Paciente e qualidade em serviços de saúde. **Boletim informativo Segurança do Paciente Qualidade em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 1, n. 1, p.1-2, jan./jun. 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 338, de 06 de maio de 2004, Aprova a **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. **Diário oficial da União**, Brasília, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 291 p.

BRASIL. Lei nº 13021, de 8 de janeiro de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. 2013b . Disponível

em:<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo%20Identifica%C3%A7%C3%A3o%20do%20Paciente.pdf>> Acesso em: 10 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aquisição de medicamentos para a assistência farmacêutica no SUS**: Orientações básicas. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 55 p.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 100 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 579 de 19 de setembro de 2011, Dispõe sobre os critérios de parametrização e equivalência das diferentes modalidades de organização da Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 529, de 1° de Abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.377 de 9 de julho de 2013, Aprova os Protocolos de segurança do paciente. **Diário oficial da União**, Brasília, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe Sobre As Normas de Financiamento e de Execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 3.916 de 30 de outubro de 1998, Dispõe sobre a aprovação da política nacional de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**: Artigo 196. Brasília, 1988.

BRUNS, S. F. **Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa-PB: contexto, desafios e perspectivas**. 2013. 258 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, João Pessoa, 2013.

BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. **Revista de Ciências Farmacêutica básica e aplicada**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 203-210, abr. 2009.

CALVO, M. C.; HENRIQUE, F. Avaliação: Concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. **A odontologia e a estratégia Saúde da Família**. Palhoça: Unisul, 2006. p. 103-128.

CAPONI, S. et al., **Medicalização da vida: ética, Saúde pública e Indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. 417 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Framework for program evaluation in public health. **Mmwr**, Atlanta, v. 48, n. 11, p. 1-58, set. 1999.

COELHO, H. L. L.; PINHEIRO, R. M.; MAGARINOS-TORRES, R. Promoção do Uso Racional de Medicamentos. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al., **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 283-294.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília: CFF, 2010. 60 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 586 de 29 de Agosto de 2013**. Regula a profissão farmacêutica e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586\\_13.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/file/noticias/Resolu%C3%A7%C3%A3o586_13.pdf)>. Acesso em: 27 de outubro de 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. Cap. 2. p. 29-47.



DOBLINSKI, P. M. F. **A dispensação de medicamentos em unidades básicas de saúde do município de Toledo – PR.** 2011. 73 f.

Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Farmacologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ESTHER, A. et al. Construindo Critérios de Julgamento em Avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.203-214, 2012.

EV, L. S.; GUIMARÃES, A. G.; CASTRO, V. S. Avaliação das Prescrições Dispensadas em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Latin American Journal Of Pharmacy**, Buenos Aires, v. 27, n. 4, p.543-547, mai. 2008.

EV; L. S.; GOLÇALVES, C. B. Utilização de medicamentos. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al., **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 119-134.

FIGUEIREDO, J. F. M. et al. Infraestrutura de segurança para comunicação, autenticação e autorização transparentes em hospitais federado. **Journal Health Informatics**, São Paulo, v. 3, n. 2, p.58-63, abr./jun. 2011.

FRAGA, F. N. R. **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal.** 2005. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissionalizante em Gestão da Assistência Farmacêutica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GARJANI, A. et al. Effect of interactive group discussion among physicians to promote rational prescribing. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Cairo, v. 15, n. 2, p.408-415, 2009.

GOMES, C. A. P. et al. Secretaria de Saúde do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Assistência farmacêutica na atenção à saúde.** Belo Horizonte: Funed, 2007. 48 p.

GUERRA JÚNIOR, A. A.; CAMUZI, R. C. Logística Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência farmacêutica: Gestão e práticas para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 89-118.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal Of Hospital Pharmacy**, Bethesda, v. 47, n. 1, p.533-543, 1999.

HOLLOWAY, K. A. et al. Community intervention to promote rational treatment of acute respiratory infection in rural Nepal. **Tropical Medicine And International Health**, Malden Ma, v. 14, n. 1, p.101-110, jan. 2009.

HOLLOWAY, K.; DIJK, L. V. **The word medicines situation: Rational use of medicines**. 3. ed. Geneva: WHO, 2011. 22 p. Disponível em:  
<<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18064en/s18064en.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2014.

IVAMA-BRUMMELL, A. M.; LYRA JÚNIOR, D.; SAKAI, M. H. Recursos Humanos para a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al., **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 69-78.

JARAMILLO, N. M.; CORDEIRO, B. C. Assistência Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência farmacêutica: Gestão e práticas para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 27-38.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M. S. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das Políticas de Medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista Aps**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p.85-99, jan./mar. 2008.

LE GRAND, A.; HOGERZEIL, H. V.; HAAIJER-RUSKAMP, F. Intervention research in rational use of drugs: a review. **Journal Health Policy And Planning**, Oxford, v. 14, n. 2, p.89-102, 1999.

LEÃO, D. F. L.; MOURA, C. S.; MEDEIROS, D. S. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.311-318, jan. 2014.

LEITE, S. N.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudo de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e na América latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl., p.793-802, abr. 2013.

LEVITON, L. C. et al. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. **Annual Review Of Public Health**, Palo Alto, v. 31, n. 1, p.213-233, 2010.

LIMA, G. S. **Demanda judicial de medicamentos e uso de indicadores de avaliação e monitoramento no estado do Rio de Janeiro**. 2012. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L. E.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.188-196, 2013.

MARIN, N. et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. 373 p.

MASTROIANNI, P. C. et al. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. **Brazilian Journal Of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.163-170, mar. 2009.

MEDEIROS-SOUZA, P. et al. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p.1049-1053, nov. 2007.

MEDINA, M. G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: Aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

MELO, D. O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 42, n. 4, p.475-485, 01 out./dez. 2006.

MENDES, E. V. **As redes de atenção a saúde**. 2. ed. Brasília: OPAS/OMS, 2011. 547 p.

MENDES, S. J. **Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense**. 2013. 237 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

NAKATA, K. C. F. **Avaliação da acessibilidade à assistência farmacêutica básica no município de Várzea Grande (Mato Grosso)**. 2012. 82 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos ameaça ou apoio a saúde?**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003. 197 p.

NATAL, S. et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p.560-571, out./dez. 2010.

NAVES, J. O. S.; SILVER, L. D. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, p.223-230, 2005.

NUNES, C. C.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. O medicamento na rotina de trabalho doa Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 85-94, 2008.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V.; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p.3227-3283, jul. 2011.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2006.

OLIVEIRA, M. A. et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo: Prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 335 – 345, fev., 2012.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 112 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: Proposta. Brasília: OPAS, 2002. 24 p.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Assistência Farmacêutica: Do acesso ao uso racional de medicamentos . In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al., **Assistência Farmacêutica**: Gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 51-65.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S., et al. A proposal for an evaluation model of pharmaceutical services for malaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2075-2082, set. 2009.

PEREIRA, L. R. L.; FREITAS, O. Evolução da atenção farmacêutica e perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, out./dez. 2008.

PORTELA, A. S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 1, p.9 -14, 2010.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p.126-136, jan. 2014.

SANTANA, R. S. et al. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 35, n. 3, p.228-234, mar. 2014.

SANTOS, R. I. **Concepções de Assistência Farmacêutica no contexto histórico brasileiro**. 2011. 173 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SANTOS, T. R. A. et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p.94-103, fev. 2013.

SARTOR, V. B. **Avaliação do serviço de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica do SUS**. 2010. 172 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

SCALCO, S. V.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p.603-612, mar. 2010.

SILVA, S. H. A. **Implementação da assistência farmacêutica básica no nível municipal do estado do rio de janeiro na perspectiva de atores relevantes**. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

SINITOX - Sistema nacional de informações tóxico Farmacológicas. **Óbitos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância**. Brasil, 2012. Disponível em:  
<[http://www.fiocruz.br/sinitox/media/tabela%2011\\_%20obito\\_2012.pdf](http://www.fiocruz.br/sinitox/media/tabela%2011_%20obito_2012.pdf)>. Acesso em: 26 jan. 2015.

SKETRIS, I. S.; INGRAM, E. M. L.; LUMMIS, H. L. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. **Canadian Journal Clinic Pharmacology**, Oakville, v. 16, n. 1, p.103-125, jan. 2009.

SOARES, L. **O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos**. 2013. 249 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SOUZA, L. E. P. F.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre o objeto-imagem da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-91.

SOUZA, L. S.; PORTO, J. G.; LYRA-JÚNIOR, D. P. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, v. 32, n. 3, p.403-410, 2011.

SUMPRADIT, N. et al. Antibiotics Smart Use: a workable model for promoting the rational use of medicines in Thailand. **Bulletin World Health Organization**, Geneva, v. 90, n. 12, p.905-913, set. 2012.

VALADÃO, A. F. et al. Prescrição médica: um foco nos erros de prescrição. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 4, p.340-343, out./dez. 2009.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, jan./mar. 2007.

VIEIRA, F. S.; MARQUES, D. C.; JEREMIAS, S. A. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de saúde. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al., **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 39-50.

WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al., **Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 51-65.

WETTERMARK, B.; BERGMAN, U. L. F.; KRAKAU, I. Using aggregate data on dispensed drugs to evaluate the quality of prescribing in urban primary health care in Sweden. **Public Health**, Oxford, v. 120, n. 5, p.451-461, fev. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Annex 5: WHO good distribution practices for pharmaceutical products. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO Technical Report Series**, n° 957, Geneva: WHO, 2010.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Antimicrobial resistance: Global Report on surveillance**. Geneva: WHO, 2014. 256 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global strategy for containment of antimicrobial resistance**. 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/emc/amr.html>> Acesso em: 05 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting rational use of medicine: core components**. 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs: Report of the conference of experts Nairobi, 1985 Jul 25-29**. Geneva: WHO, 1987. 329 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World alliance for Patient Safety: Forward Programme**. Geneva: WHO, 2005. 27 p.

WUTZKE, S. E. et al. Evaluation of a national programme to reduce inappropriate use of antibiotics for upper respiratory tract infections: effects on consumer awareness, beliefs, attitudes and behaviour in Australia. **Health Promotion International**, Oxford, v. 22, n. 1, p.53-64, out. 2006.



**APÊNDICE A – Dimensão Estrutural da gestão municipal na  
Promoção do Uso Racional de Medicamentos**

Dimensão	Justificativa
<i>Estrutural</i>	Com o objetivo de superar o desafio de aliar a capacidade financeira do município para a compra de medicamentos à cobertura das necessidades de saúde da população é fundamental que o gestor municipal promova o URM (COELHO; PINHEIRO; MANGARINOS-TORRES, 2014). Ele deve dar condições estruturais para sua operacionalização com destaque para adequação e qualificação dos profissionais, disponibilização de estruturas físicas e tecnológicas necessárias, mecanismos de normatização e controle dos serviços de saúde.
<b>Subdimensão</b>	
<i>I Recursos Humanos</i>	
<i>II Infraestrutura</i>	
<i>III Mecanismos de decisão e controle</i>	

Subdimensão	Justificativa
<i>I Recursos Humanos</i>	Um quadro de pessoal deficitário pode favorecer a automedicação e o uso inadequado dos medicamentos (ANDRADE; PINHO, 2008). A forma como o usuário é atendido e orientado no serviço de saúde reflete diretamente no seu entendimento, sobre a utilização dos medicamentos prescritos e sua adesão a terapia medicamentosa (GOMES et al., 2007). Uma adequada cobertura e qualificação de profissionais envolvidos com a temática do URM refletem a preocupação dos gestores na PURM.
<b>Indicador</b>	
<i>I Cobertura de profissionais na Atenção básica</i>	
<i>II Cobertura de farmacêuticos atuando na atenção básica</i>	
<i>III Qualificação dos profissionais de saúde no ingresso ao serviço público sobre o URM</i>	
<i>IV Educação permanente oferecidas aos profissionais de saúde sobre o URM</i>	

Indicador	Justificativa		
<i>I Cobertura dos profissionais da atenção básica</i>	As equipes de atenção básica têm grande potencial de contribuir com URM, seja no estabelecimento do vínculo entre o paciente e a equipe, na otimização da adesão a terapia medicamentosa na corresponsabilização e acompanhamento dos resultados dos tratamentos através da vigilância, com a detecção de eventuais eventos adversos e notificação dos mesmos (NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008). Esse indicador tem o objetivo de demonstrar se a gestão municipal tem disponibilizado equipes de atenção básica suficientes para atender as demandas da população e contribuir com o uso racional de medicamentos.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Relação entre o nº de ESF ou equivalentes e a população residente</i>	A relação entre o nº de Equipes de Saúde da Família (ESF) (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitário de saúde) ou equivalentes* e a população residente no município indica se a Atenção básica está estruturada conforme determina o Ministério da Saúde a fim de cumprir com as suas atribuições, contribuindo diretamente com o sucesso das terapias medicamentosa e com o URM, prestando um atendimento de mais qualidade a comunidade.	Nº de habitantes no município / Nº de equipes de saúde da família ou equivalentes	<p><b>Bom:</b> Até 3000 habitantes por ESF ou equivalente</p> <p><b>Regular:</b> De 3001 a 4000 habitantes por ESF ou equivalente</p> <p><b>Ruim:</b> Mais que 4000 habitantes por ESF ou equivalente</p>

\*Em casos de diferentes modalidades de organização, as equipes de atenção básica poderão se considerar para o cálculo. Para isso, devem ser utilizados os critérios de parametrização e equivalência das equipes de atenção básica

em ESF, somando a distribuição das cargas horárias dos médicos (clínicos, generalistas, pediatras e ginecologista-obstetra) e enfermeiros por unidade de saúde (BRASIL, 2011).

<b>Carga Horária dos médicos</b>	<b>Carga Horária de enfermeiros</b>	<b>Equivalência com ESF</b>
70 horas	60 horas	1 ESF
100 horas	80 horas	2 ESF
150 horas	120 horas	3 ESF

Indicador	Justificativa		
<i>II Cobertura de farmacêuticos atuando na atenção básica</i>	A importância dos farmacêuticos à frente do serviço na PURM, seja na coordenação da equipe diretamente envolvida com o serviço farmacêutico, na da interface com a equipe multiprofissional ou na assistência especializada ao usuário é amplamente discutida na literatura (VIEIRA; MARQUES; JEREMIAS, 2014). O indicador busca identificar o empenho do gestor em assegurar que a população tenha acesso aos serviços farmacêuticos e potencializar a PURM. Serão considerados todos os farmacêuticos atuantes no município com exceção aqueles envolvidos com laboratórios de análises clínicas e em farmácias de média e alta complexidade.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Relação entre o nº de farmacêuticos que atuam na atenção básica e a população residente</i>	De acordo com o CFF (2010) os municípios com mais de 100.000 devem contar com uma proporção de um farmacêutico a cada 10.000 habitantes atuando na atenção básica.	Nº de habitantes no município/Nº de farmacêuticos atuantes na atenção básica	<b>Bom:</b> Até 10.000 habitantes por farmacêutico  <b>Ruim:</b> Mais que 10.000 habitantes por farmacêutico

Indicador	Justificativa		
<p><i>III Qualificação dos profissionais de saúde no ingresso ao serviço público sobre o URM</i></p>	<p>O desenvolvimento dos recursos humanos contribuirá significativamente com uso apropriado de medicamentos. O gestor deve capacitar os profissionais de saúde contratados pelo município com o objetivo de reduzir possíveis deficiências da formação dos profissionais e as influências do modelo biomédico no cumprimento das suas responsabilidades na PURM (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010) (IVAMA-BRUMMEL; LYRA JÚNIOR; SAKAI, 2014). O indicador reflete preocupação do gestor com a capacitação dos profissionais no ingresso aos serviços de saúde abordando os seguintes temas: prescrição racional de medicamentos, REMUME, dispensação, e orientação adequada ao usuário; e organização da assistência farmacêutica municipal.</p>		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<p><i>I. Realização de capacitações dos profissionais de saúde para o URM</i></p>	<p>A PNM (BRASIL, 1998) diz que é de responsabilidade da gestão municipal treinar e capacitar os profissionais de saúde para que eles possam cumprir adequadamente com a sua responsabilidade de PURM no município.</p>	<p>Qualificação inicial nas seguintes áreas nos primeiros seis meses a partir do ingresso no serviço público do município: *URM *Assistência farmacêutica</p>	<p><b>Bom:</b> A gestão municipal realiza a capacitação de todos os profissionais até 6 meses após o ingresso ao serviço público</p> <p><b>Ruim:</b> A gestão municipal não realiza a capacitação com os profissionais até 6 meses após o ingresso ao serviço público</p>

Indicador	Justificativa		
<i>IV Educação permanente oferecida aos profissionais de saúde sobre o URM</i>	O desenvolvimento dos recursos humanos em saúde tem grande potencial de contribuição com o URM pela população. As boas práticas de prescrição e dispensação, juntamente a inserção de ações relacionadas à PURM junto à estratégia Saúde da Família são passos fundamentais para atingir o objetivo de melhorar os padrões de utilização de medicamentos na população e a prática da educação permanente assegura reflexões sobre o tema no contexto do trabalho local (NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008) (JARAMILLO; CORDEIRO, 2014). É responsabilidade do gestor a capacitação dos profissionais de modo a garantir que eles desempenhem adequadamente as suas funções na PURM (BRASIL, 1998).		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>I. Realização de educação permanente dos profissionais de saúde para o URM nos últimos dois anos</i>	As atividades de educação permanente podem ser desenvolvidas no matriciamento do Núcleo de Apoio a Saúde da Família ou cursos presenciais e a distância.	Ações de educação permanente, cursos ou ações de matriciamento nos últimos 2 anos com os conteúdos: *URM *Assistência farmacêutica	<b>Bom:</b> Os profissionais de saúde do município participaram de alguma ação de educação permanente, cursos ou ações de matriciamento sobre o URM nos últimos 2 anos  <b>Ruim:</b> Os profissionais de saúde do município não participaram de alguma ação de educação permanente, cursos ou ações de matriciamento sobre o URM nos últimos 2 anos



Subdimensão	Justificativa
<i>II Infraestrutura</i>	O bom desempenho dos profissionais de saúde está diretamente relacionado às condições de estruturas ofertadas para a execução das suas atividades, incluindo a PURM. O gestor deve disponibilizar a adequação ambiente de trabalho, aporte tecnológico e materiais necessários ao bom desempenho da equipe de saúde nas suas responsabilidades, bem como providenciar mecanismos ou estratégias de divulgação de informações a comunidade sobre a importância do URM.
<b>Indicador</b>	
<i>I Financiamento da AF</i>	
<i>II Ambiente destinado aos serviços farmacêuticos</i>	
<i>III Suporte a decisão clínica</i>	
<i>IV Ações educacionais com ênfase no URM voltadas a comunidade</i>	

Indicador	Justificativa		
<i>I Financiamento da AF</i>	De acordo com a Portaria nº 1.555 de 2013 é responsabilidade das três esferas da gestão o financiamento do componente básico da AF. Nesse sentido, a legislação define que município deve investir, no mínimo, R\$ 2,36 por habitante/ano, sendo que 15% desse valor, pode ser investido na adequação da infraestrutura da AF municipal (BRASIL, 2013). O indicador tem o objetivo de avaliar se a gestão municipal tem financiado adequadamente a compra dos medicamentos do componente básico da AF no município, proporcionando a população o acesso aos medicamentos, contribuindo dessa forma com a URM.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Financiamento da compra de medicamentos pelo município no último ano.</i>	Levando em consideração a determinação que de que 15% do valor destinado ao financiamento do componente básico da AF pode ser investido em infraestrutura, o município deve investir, no mínimo, R\$ 2,01 por habitante/ano na aquisição de medicamentos (BRASIL, 2013).	Valor investido na compra de medicamentos do componente básico / N° de habitantes	<p><b>Bom:</b> Se investiu pelo município na compra de medicamentos no último ano for maior ou igual a R\$ 2,01 por habitante/ano</p> <p><b>Ruim:</b> Se investiu pelo município na compra de medicamentos no último ano for menor que R\$ 2,01 por habitante/ano</p>

Indicador	Justificativa		
<i>II Ambiente destinado aos serviços farmacêuticos</i>	Para a execução dos serviços farmacêuticos o gestor deve garantir que estejam disponíveis os aspectos de estrutura disposto na RDC 44/09 da ANVISA que dispõe sobre as condições mínimas para o cumprimento das boas práticas farmacêuticas (BRASIL, 2009). O indicador deve avaliar as condições físicas das instalações das farmácias municipais, com a finalidade de garantir que os serviços farmacêuticos possam ser realizados adequadamente. Serão consideradas para cálculo do indicador todas as farmácias sob da gestão municipal e Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), exceto as farmácias hospitalares.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Percentual de farmácias e CAF sob gestão municipal que atendem as especificações mínimas de estrutura definidas pela RDC 44/2009</i>	A RDC 44/2009 da ANVISA normatizou que as farmácias devem contar minimamente com: *local para armazenamento, *local para dispensação de medicamentos, contando com mesa e cadeira para atendimento, *área para atendimento individualizado do farmacêutico, que garanta o sigilo do usuário e *área administrativa (BRASIL, 2009)	Nº de farmácias e CAF que atendem a RDC 44/2009 sob responsabilidade da gestão municipal / Nº total de farmácias e CAF sob gestão municipal X 100	<b>Bom:</b> 100%  <b>Regular:</b> De 99% a 70%  <b>Ruim:</b> <70%

Indicador	Justificativa		
<i>III Suporte a decisão clínica</i>	A gestão deve garantir que os profissionais de saúde, na execução de suas atribuições, tenham acesso a informações de medicamentos isentas de conflitos de interesse, que sirva como fonte consulta e apóie as suas decisões clínicas (WHO, 2002). Já os registros eletrônicos em saúde ou os prontuários eletrônicos podem beneficiar o atendimento dos usuários mediante informações clínicas dos pacientes distribuídas em diferentes centros de saúde, aumentando assim a segurança nos serviços de saúde (FIGUEIREDO et al., 2011). O indicador tem a finalidade de determinar se gestão municipal disponibiliza aos profissionais os recursos necessários para dar suporte à decisão clínica com intuito de contribuir com o URM.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Percentual de UBS que contam com cópia do FT ou sistemas online de informações de medicamentos</i>	Entende-se que gestão municipal deve disponibilizar aos profissionais de saúde o acesso a fontes de consulta sobre medicamentos (WHO, 2002). São considerados para o cálculo cópias do Formulário Terapêutico (FT) (nacional ou municipal) e softwares de informações sobre medicamentos.	Nº de UBS que possuem fontes de consultas sobre informações de medicamentos / Nº total de UBS do município X 100	<b>Bom:</b> 100% <b>Regular:</b> De 99% a 50% <b>Ruim:</b> <50%
<i>2. Percentual de UBS que utilizam de um sistema de prontuários eletrônicos</i>	A disponibilização das informações dos prontuários nos diversos centros de saúde melhora a segurança na prescrição e utilização de medicamentos evitando prescrições duplicadas, contraindicadas e interações medicamentosas (FIGUEIREDO et al., 2011).	Nº de UBS que utilizam sistema de prontuário eletrônico / Nº total de UBS do município X 100	<b>Bom:</b> 80% ou mais <b>Regular:</b> De 79% - 50% <b>Ruim:</b> <50%

Indicador	Justificativa		
<p><i>IV</i> <i>Estratégias de divulgação de informações sobre medicamentos à comunidade</i></p>	<p>A população também deve ser alvo das ações para a PURM, já que muitas vezes não tem informações sobre os riscos e os benefícios do uso dos mesmos e essa também é uma responsabilidade da gestão municipal (WHO, 2002) (MARIN et al., 2003). Nesse indicador foram levadas em consideração as possibilidades de intervenção da gestão municipal em atividades educativas com relação à utilização dos medicamentos direcionada a comunidade como a divulgação de informações sobre medicamentos nas mídias locais e a disponibilização de materiais educativos as ESF ou equipes de atenção básica para que sejam realizadas atividades educativas sobre o tema em escolas, instituições, organizações e grupos da comunidade.</p>		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<p><i>1. Suporte a divulgação de informações sobre medicamentos à comunidade no último ano</i></p>	<p>A gestão municipal deve estar ciente do importante papel do usuário na utilização de medicamentos, portanto, também devem receber informações sobre os cuidados na sua utilização (MARIN et al, 2003).</p>	<p>Sim/Não para as seguintes ações:            * Divulgação de pelos menos uma notícia com informações sobre o uso adequado de medicamentos em nas mídias locais como TV, rádio ou jornais impresso no último ano.            * O Município disponibiliza as ESF materiais para realização de atividades educativa em escolas, instituições, organizações e grupos da comunidade.</p>	<p><b>Bom:</b> Sim para as 2 questões  <b>Regular:</b> Sim para pelo menos uma questão  <b>Ruim:</b> Não realiza</p>

Subdimensão	Justificativa
<i>III Mecanismos de decisão e controle</i>	A complexidade e a diversidade das atividades relacionadas à PURM exigem a instituição de mecanismos de decisão e controle a exemplo de comissões, coordenações e dispositivos de monitoramento e avaliação, que vão auxiliar o gestor municipal no planejamento, no desenvolvimento de ações, no acompanhamento e adequação dos serviços de saúde do município para o URM (COELHO; PINHEIRO; MANGARINOS-TORRES, 2014).
<b>Indicador</b>	
<i>I Existência e composição da CFT</i>	
<i>II Regularidade de atuação da CFT</i>	
<i>III Coordenação da AF</i>	
<i>IV Estratégias para o gerenciamento da segurança dos pacientes nos serviços de saúde</i>	
<i>V Monitoramento e avaliação da AF</i>	

Indicador	Justificativa		
<i>I Existência e composição da CFT</i>	A seleção de medicamentos é uma atividade que necessita de comparações e escolhas fundamentadas cientificamente, que envolve aspectos interdisciplinares e diferentes saberes, dessa forma, é recomendado a instituição de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) no município a fim de selecionar adequadamente os medicamentos que vão compor a sua REMUME (VIEIRA; MARQUES E JEREMIAS, 2014). O indicador tem o objetivo de determinar o interesse da gestão em criar e compor uma CFT com a finalidade de selecionar medicamentos adequados ao atendimento das demandas de saúde da população.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Formação adequada e formalizada da CFT na Secretaria municipal de saúde (SMS)</i>	A CFT deve ter caráter multidisciplinar, contemplando profissionais das áreas de farmácia, medicina, enfermagem e outros, cujo conhecimento se fizer importante. Ela deve estar legitimada na secretaria de saúde através de Portaria ou medida equivalente (MARIN et al., 2003).	Existe na SMS uma CFT formalizada e com formação profissional mínima?	<p><b>Bom:</b> Formalizada na SMS e contém minimamente profissionais das áreas da medicina, farmácia e enfermagem.</p> <p><b>Regular:</b> Não formalizada, porém contém minimamente profissionais das áreas da medicina, farmácia e enfermagem.</p> <p><b>Ruim:</b> Não contempla minimamente os profissionais das áreas da medicina, farmácia e enfermagem ou não existe.</p>

Indicador	Justificativa		
<i>II Regularidade de atuação da CFT</i>	Para o processo de seleção aconteça corretamente além da existência da CFT é necessário que a mesma esteja atuante na SMS, para que possa cumprir com as suas responsabilidades e colaborar diretamente com a PURM no município, produzir reais benefícios para os pacientes, melhorar da qualidade do atendimento como um todo (prescrição, dispensação, administração e monitoramento dos eventos adversos) e otimizar os recursos disponíveis (WANNMACHER, 2014). O indicador deve avaliar se CFT está atuando conforme o esperado na SMS, demonstrando o grau de interesse na política de uso racional e o compromisso dos seus membros e da instituição.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. N° de reuniões realizadas no último ano.</i>	A CFT será considerada atuante se realizou no último ano pelo menos uma reunião a cada dois meses, ou seja, deve ter realizado no mínimo 6 reuniões (MENDES, 2013) (SANTANA et al., 2014).	Quantas reuniões da CFT foram realizadas no último ano?	<b>Bom:</b> $\geq 6$ reuniões no último ano. <b>Ruim:</b> $< 6$ reuniões no último ano.



Indicador	Justificativa		
<i>III Coordenação da AF</i>	Os municípios devem assumir o compromisso de estruturarem a AF a fim de efetivar as ações de sua competência. A viabilização de uma estrutura organizacional de coordenação/gerência da AF é imprescindível para o cumprimento desse objetivo, devendo ser exercida por um profissional técnico da área da saúde com formação superior (BRASIL, 2007). O indicador tem o objetivo de avaliar se a gestão tem se empenhado para estruturação da AF municipal a fim de contribuir para a qualificação dos serviços farmacêuticos e ampliação do acesso aos medicamentos no município.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Existência da coordenação da AF na SMS.</i>	A existência de uma coordenação da AF no município contribui para a qualificação dos serviços farmacêuticos com consequentes aperfeiçoamentos do acesso e da utilização de medicamentos (CFF, 2010).	O município possui um coordenador da AF?	<p><b>Bom:</b> Existe uma Coordenação da AF sendo exercida por um profissional de saúde de nível superior na SMS.</p> <p><b>Ruim:</b> Não existe uma coordenação da AF na SMS ou ela não é exercida por um profissional de saúde de nível superior.</p>

Indicador	Justificativa		
<i>IV Estratégias para o gerenciamento da segurança dos pacientes nos serviços de saúde</i>	Com o objetivo de gerenciar os riscos na utilização de medicamentos nos serviços de saúde a gestão municipal deve criar um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) na SMS e estabelecer um fluxo de farmacovigilância, para a notificação de eventos adversos (MARIN et al. 2003) (BRASIL, 2013). Esse indicador tem o objetivo de avaliar se a gestão tem empenhado para garantir a segurança dos pacientes na utilização de medicamentos nos serviços de saúde municipais, essencial ao URM.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Existência de um NSP no município</i>	A RDC n° 36/2013 traz a obrigatoriedade da criação de um NSP nos serviços de saúde, que tem a responsabilidade de elaborar e executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em serviços de saúde (BRASIL, 2013).	O município tem instituído um NSP?	<b>Bom:</b> O NSP está instituído no município  <b>Ruim:</b> O NSP não está instituído no município
<i>2. Definição do fluxo de farmacovigilância</i>	O município deve definir um fluxo para as notificações dos eventos adversos, investigação, notificação à vigilância sanitária, devolução dos resultados ao profissional que realizou a notificação e divulgação dos resultados aos demais profissionais (MARIN et al. 2003).	O município tem um fluxo de farmacovigilância definido?	<b>Bom:</b> O município tem um fluxo de farmacovigilância definido  <b>Ruim:</b> O município não tem um fluxo de farmacovigilância definido

Indicador	Justificativa		
V <i>Monitoramento e avaliação da AF</i>	A supervisão é indispensável para a garantia da qualidade da atenção prestada. É papel do gestor garantir o monitoramento e avaliação dos indicadores da assistência farmacêutica incluindo a prescrição médica, a fim de determinar a qualidade dos serviços oferecidos a comunidade, identificar as suas fragilidades e implementar as melhorias necessárias (WHO, 2002).		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Aplicação anual de um instrumento de avaliação da AF</i>	A avaliação e monitoramento dos indicadores da AF têm o objetivo identificar onde e porque estão acontecendo as falhas no processo e dessa forma implementar medidas de correção nos seus pontos críticos (MARIN et al., 2003).	A gestão aplica anualmente algum instrumento de avaliação da AF?	<p><b>Bom:</b> O município aplica anualmente algum instrumento de avaliação e monitoramento da AF incluindo a prescrição médica e faz o retorno das informações encontradas aos profissionais de saúde</p> <p><b>Regular:</b> O município aplica anualmente algum instrumento de avaliação e monitoramento da AF incluindo a prescrição médica e não faz o retorno das informações encontradas aos profissionais de saúde</p> <p><b>Ruim:</b> O município não aplica anualmente nenhum instrumento de avaliação e monitoramento da AF incluindo a prescrição médica.</p>



**APÊNDICE B – Dimensão Operacional da gestão municipal na  
Promoção do Uso Racional de Medicamentos**

<b>Dimensão</b>	<b>Justificativa</b>
<i>Operacional</i>	A dimensão operacional do modelo deve avaliar a capacidade da gestão em desenvolver ações, ampliar os recursos logísticos e gerencias, contemplando as etapas do ciclo da AF, que de acordo com Marin e colaboradores (2003) têm como fundamento básico a PURM, sendo que todas as suas etapas podem e devem contribuir para esse fim (BARRETO; GUIMARÃES, 2010).
<b>Subdimensão</b>	
<i>I Seleção, programação e aquisição</i>	
<i>II Armazenamento e distribuição</i>	
<i>III Prescrição e dispensação de medicamentos</i>	

Subdimensão	Justificativa
<i>I Seleção, programação e aquisição</i>	Na dimensão seleção, programação e aquisição de medicamentos será avaliada a capacidade da gestão municipal em selecionar e adquirir adequadamente os medicamentos que serão distribuídos a população, garantido assim, a disponibilidade adequada de medicamentos mais seguros e de qualidade, que vão contribuir para a PURM no município.
<b>Indicador</b>	
<i>I Adequação da REMUME</i>	
<i>II Programação ascendente</i>	
<i>III Cumprimento da programação</i>	
<i>IV Padronização de compras</i>	
<i>V Qualificação dos fornecedores</i>	
<i>VI Qualidade do processo de licitação</i>	

Indicador	Justificativa		
<i>I Adequação da REMUME</i>	C o objetivo de racionalizar o uso de medicamento, o município deve elaborar a sua Relação de Medicamentos Essenciais (REMUME) como base na RENAME e nas condições epidemiológicas de morbimortalidades do município (BRASIL, 1998). O indicador deve demonstrar em que medida a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) serviu como base para a elaboração da REMUME, gerando uma lista de medicamentos mais coerente, melhorando o acesso da população a medicamentos mais seguros e que vão contribuir com o URM no município. Foi acordado entre os especialistas que a fim de atender as especificidades epidemiológicas do município as listagens deveriam conter no máximo 20% de medicamentos que não pertencem a RENAME.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Percentual de medicamentos constante na REMUME que também constam na RENAME</i>	O indicador deve demonstrar em medida a RENAME serviu como base para a elaboração da REMUME (MARIN et al., 2003).	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de medicamentos constantes na REMUME que constam na RENAME}}{\text{N}^\circ \text{ total de medicamentos constante na REMUME}} \times 100$	<b>Bom:</b> 80% ou mais  <b>Regular:</b> 79%-60%  <b>Ruim:</b> >60%



Indicador	Justificativa		
<i>II Programação de medicamentos</i>	No ciclo da AF a programação tem o objetivo de garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades da população (MARIN et al., 2003). O indicador tem a finalidade de demonstrar se a gestão municipal garante que a programação de medicamentos seja realizada de forma ascendente, descentralizada e com a utilização de critérios técnicos, contribuindo com o acesso da população aos medicamentos e conseqüentemente a PURM.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Programação de medicamentos realizada de forma ascendente</i>	A programação de medicamentos deve ser realizada de forma descentralizada e ascendente, ou seja, deve se iniciar nas unidades e/ou centros de saúde, que remeterão suas demandas ao nível local (MARIN et al., 2003) (MENDES, 2013)	Realizado por: * Nível central; *UBS.	<b>Bom:</b> Sim para as duas questões;  <b>Ruim:</b> Sim para apenas uma das questões ou não realiza a programação de medicamentos.
<i>2. Programação de medicamentos nas UBS realizada com critérios técnicos</i>	Para se realizar uma boa programação deve-se utilizar de critérios técnicos. Os métodos mais descritos e utilizados são: o perfil epidemiológico, consumo	Utilização de critérios técnicos para a programação nas UBS: *Perfil epidemiológico;	<b>Bom:</b> Sim para pelo menos um dos critérios técnicos;  <b>Ruim:</b> Nenhuma resposta sim.

	histórico e o consumo ajustado. A falta de critérios técnicos pode comprometer a programação (MENDES, 2013) (GUERRA JÚNIOR; CAMUZZI, 2014)	*Consumo histórico; *Consumo ajustado.	
--	--	---	--

Indicador	Justificativa		
<b>III</b> <i>Cumprimento da programação na compra de medicamentos</i>	A aquisição de medicamentos deve ser sempre orientada pela programação, com a finalidade de garantir o abastecimento dos serviços de saúde e evitar desperdícios. Cortes nos pedidos de compras no momento da licitação podem levar ao desabastecimento causando prejuízos efetivos na qualidade de vida da comunidade e na credibilidade dos serviços prestados (BRASIL, 2006) (GUERRA JÚNIOR; CAMUZZI, 2014). O indicador tem o objetivo de verificar se a gestão tem realizado as compras de medicamentos conforme a programação feita pela AF municipal a fim de garantir o acesso da população aos medicamentos e contribuir o seu uso racional.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Percentual de itens adquiridos conforme a programação na última licitação municipal.</i>	Uma programação realizada de forma ascendente e utilizando de critérios técnicos não terá bons resultados se a aquisição de medicamentos não for realizada conforme o solicitado (BRASIL, 2006).	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de itens adquiridos}}{\text{total de itens adquirido}} \times 100$	<b>Bom:</b> 100%  <b>Ruim:</b> Qualquer outra possibilidade

Indicador	Justificativa		
<i>IV Padronização de compras</i>	A aquisição consiste em um conjunto de procedimentos com vista a obter produtos mediante uma compra de acordo com uma programação estabelecida e baseada em uma lista previamente selecionada (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014). O indicador visa demonstrar se a gestão garante que as compra de medicamentos que não pertençam a REMUME possuam pareceres técnicos da CFT antes da sua aquisição. Essa ação tem o objetivo de garantir que esses medicamentos sejam adquiridos somente em situações clínicas específicas, fundamentadas cientificamente com a finalidade de garantir a segurança dos pacientes e a racionalização dos custos.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Existência de pareceres técnicos da CFT para compra medicamentos que não pertencem a REMUME</i>	Eventuais aquisições fora das listas de padronização como em situações de casos clínicos pontuais e doenças raras, devem ser efetuadas somente com justificativas clínicas específicas (MARIN et al., 2003).	As compras de medicamentos que não pertencem a REMUME possuem pareceres técnicos da CFT?	<p><b>Bom:</b> A aquisição de medicamentos que não constam nas listagens dos municípios, é realizada somente com pareceres favoráveis da CFT</p> <p><b>Ruim:</b> A aquisição de medicamentos que não constam nas listagens dos municípios, é realizada sem os pareceres favoráveis da CFT</p>

Indicador	Justificativa		
<i>V Qualificação dos fornecedores</i>	A natureza dinâmica do contexto no qual se inserem os medicamentos e sua aquisição determina a necessidade de um programa efetivo que busque controlar, na medida do possível, os elementos relacionados à sua qualidade. Assim, o município deve fazer avaliações de desempenho dos seus fornecedores a fim de garantir a qualidade e o abastecimento dos mesmos e assim, ter meios legais para evitar que fornecedores que não atendam as exigências técnicas e administrativas dos municípios participem de futuros processos de licitações de medicamentos (MARIN et al., 2003).O indicador deve demonstrar preocupação da gestão com a qualidade dos fornecedores de medicamentos do município.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Existência de avaliação de desempenho de fornecedores</i>	A gestão municipal deve instituir rotinas de registros das entradas e das inadequações constatadas no recebimento dos medicamentos. Dessa forma, devem ser documentados os atrasos ocorridos nas entregas, medicamentos entregues sem solicitação, com prazos de validade vencidos ou próximos dos vencimentos, com qualidade questionável, entre outros (MARIN et al., 2003).	O município elabora um registro das entradas de medicamentos e analisa o desempenho dos fornecedores?	<p><b>Bom:</b> O município elabora um registro das entradas de medicamentos e analisa o desempenho dos fornecedores.</p> <p><b>Regular:</b> O município elabora um registro das entradas de medicamentos, mas não analisa o desempenho dos fornecedores.</p> <p><b>Ruim:</b> O município não elabora um registro das entradas de medicamentos</p>

Indicador	Justificativa		
<i>VI Qualidade do processo de licitação</i>	Considerando as amarras burocráticas do setor público, a aquisição quando não conduzida adequadamente pode levar a lentidão do processo de compras e prejuízos na qualidade dos medicamentos adquiridos (MARIN et al., 2003). O indicador tem o objetivo de demonstrar se o edital da última licitação de medicamento previa a apresentação dos documentos necessários para a garantia da qualidade dos medicamentos que seriam adquiridos, contribuindo com o URM.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Inclusão dos requisitos técnico-sanitários de qualidade dos medicamentos/ insumos no último edital.</i>	Para a compra de medicamentos, além dos documentos normalmente exigidos em uma licitação comum, devem ser solicitados documentos que assegurem a qualificação da empresa e do produto a ser licitado (BRASIL, 2006).	Checklist para os seguintes itens na ultima licitação de medicamentos: *Certidão de regularidade técnica; *Autorização de funcionamento emitido pela ANVISA; *Autorização especial de funcionamento e do produto (quando cabível); *Certidão de boas práticas de fabricação; *Certificado de registro de medicamento; *Declaração de origem do produto acabado.	<b>Bom:</b> Sim para todas as questões <b>Ruim:</b> Qualquer outra situação

Subdimensão	Justificativa
<i>II Armazenamento e distribuição</i>	A Subdimensão Armazenamento e distribuição é composta por indicadores que visam estimar o interesse da gestão municipal em garantir a qualidade e a disponibilidade adequada e regular dos medicamentos dispensados pelo município, contribuindo com o acesso da população e com o URM (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014).
<b>Indicador</b>	
<i>I Adequação do armazenamento</i>	
<i>II Controle de estoque</i>	
<i>III Descarte adequado de medicamentos</i>	
<i>IV Regularidade de distribuição</i>	
<i>V Adequação do transporte de medicamentos</i>	

Indicador	Justificativa		
<i>I Adequação do armazenamento</i>	Com o objetivo de proporcionar a qualificação do acesso e PURM, a gestão municipal deve garantir que todos os pontos de armazenamento de medicamentos do município possuam ambientes adequados, capazes de garantir que a integridade física e química dos mesmos (MENDES, 2013). O indicador tem o objetivo de demonstrar se a gestão municipal disponibiliza os instrumentos mínimos (termômetro, ar condicionado e refrigeradores (quando necessário) a fim de garantir o adequado armazenamento dos medicamentos. Serão consideradas todas as farmácias e CAF sob gestão do município, com exceção das farmácias hospitalares.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Percentual de farmácias e CAF que contam com os instrumentos mínimos em condições de funcionamento para a garantia da manutenção física dos medicamentos</i>	As diretrizes para estruturação de farmácias no SUS nos dizem que os locais onde ocorre o armazenamento de medicamentos devem contar, minimamente, com equipamentos de termômetro, ar condicionado e refrigeradores (quando oportuno) (BRASIL, 2009) (MENDES, 2013).	Nº de farmácias e CAF que possuem os equipamentos mínimos para conservação dos medicamentos funcionando / Nº total de farmácias municipais e CAF X 100	<b>Bom:</b> 100%  <b>Regular:</b> De 99% - 80%  <b>Ruim:</b> Menos de 79%



Indicador	Justificativa		
<i>II Controle de estoque</i>	O controle de estoque é uma atividade administrativa que tem por objetivo manter informação confiável sobre níveis e movimentação física e financeira de estoques necessários ao atendimento das demandas da população, evitando a superposição dos mesmos ou desabastecimento do sistema (MARIN et al., 2003). O indicador deve determinar se a gestão municipal garante o controle de estoque adequado nas farmácias e CAF municipais, através do percentual de erros encontrados no último inventário realizado pelo município no máximo no último ano.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Percentual de erros encontrados no relatório de inventário realizado no máximo no último ano.</i>	O inventário consiste em confrontar os estoques físicos dos medicamentos com os relatórios de posição de estoque. Logo, devem ser elaborados relatórios de inventário que devem conter as divergências encontradas, as suas conclusões e apurações (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014)	Nº de itens que tiveram diferenças no relatório de inventário/ Nº total de itens X 100	<b>Bom:</b> Até 10%  <b>Ruim:</b> Mais que 10% ou não fez nenhum inventário no último ano

Indicador	Justificativa		
<i>III Descarte adequado de medicamentos</i>	É responsabilidade da gestão municipal descartar adequadamente os medicamentos resultantes de sobras e do gerenciamento inadequada da AF. O descarte inadequado compromete a PURM uma vez que pode levar a contaminação do meio ambiente e causar eventos adversos à saúde humana, animal e de organismos aquáticos (BUENO; WEBER, OLIVEIRA, 2009). O processo é realizado por empresas especializadas, que fazem o tratamento químico dos medicamentos e posteriormente descartam os resíduos. O indicador tem o objetivo de verificar se o município tem um contrato vigente com uma empresa que faz o descarte adequado dos medicamentos, contribuindo com o URM.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Existência de um contrato vigente com alguma empresa quem tem a atribuição de fazer o descarte adequado dos medicamentos</i>	A ANVISA determina que é responsabilidade do município a elaboração e execução de um plano de gerenciamento de resíduos proveniente dos serviços de saúde (ANVISA, 2009) (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014).	Existe um contrato vigente entre o município e uma empresa responsável pelo descarte adequado dos medicamentos?	<p><b>Bom:</b> O município tem um contrato vigente com alguma empresa responsável pelo descarte adequado dos medicamentos</p> <p><b>Ruim:</b> O município não tem um contrato vigente com alguma empresa responsável pelo descarte adequado dos medicamentos</p>

Indicador	Justificativa		
<i>IV Regularidade de distribuição</i>	O indicador Regularidade de distribuição mostra o interesse da gestão em fazer o planejamento e garantir o abastecimento de medicamentos nas farmácias municipais em quantidades adequadas e tempo oportuno a fim de assegurar prontamente o acesso da comunidade (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014).		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Existência de um cronograma estabelecido de abastecimento de medicamentos.</i>	O abastecimento dos medicamentos do nível central para as farmácias municipais deve ocorrer com regularidade mensal, quinzenal ou semanal, dependendo da necessidade de cada local, porém os prazos devem ser previamente definidos (BRASIL, 2006a) (MENDES, 2013).	Existe um cronograma de distribuição estabelecido no município?	<b>Bom:</b> Existe um cronograma de abastecimento estabelecido <b>Ruim:</b> Não existe um cronograma de abastecimento estabelecido
<i>2 Porcentagem de entregas realizadas com atrasos de mais de 15 dias nos ultimo 6 meses</i>	Com o objetivo de garantir o abastecimento adequado das farmácias municipais os prazos definidos pelo cronograma de abastecimento devem ser respeitados (BRASIL, 2006a).	Nº de entregas atrasadas por mais de 15 dias / pelo total de entregas realizadas nos últimos 6 meses X100	<b>Bom:</b> Até 10% <b>Regular:</b> De 11% - 20% <b>Ruim:</b> >20% ou não tem registros das entregas realizadas.

Indicador	Justificativa		
<i>V Adequação do transporte de medicamentos</i>	As atividades de transporte devem garantir que os medicamentos sejam entregues a unidades de saúde a fim de suprir as suas demandas, obedecendo aos critérios adequados, de modo a não comprometer a integridade física e química dos medicamentos, e quando for o caso, a sua esterilidade (MARIN et al., 2003) (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014). Trata-se de uma etapa importante a fim de garantir a qualidade dos medicamentos distribuídos e assim contribuir com o URM, dessa forma, o indicador tem o objetivo de determinar se a gestão têm se preocupado com o transporte dos medicamentos disponibilizando veículos adequados para esta atividade.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Disposição de veículo adequado que atenda as Boas Práticas de transporte</i>	O município deve dispor de veículo adequado para a distribuição dos medicamentos da CAF para as farmácias municipais que atendam as boas práticas de transporte. Eles podem ser de frota própria ou por um serviço terceirizado (CFF, 2010) (GUERRA JÚNIOR; CAMUZI, 2014).	Checklist para os seguintes itens do veículo (WHO, 2010): *Veículo destinado unicamente ao transporte de medicamentos; *Cabines limpas secas e sem defeitos; *Equipamentos para a aferição da umidade e temperatura durante o transporte.	<b>Bom:</b> Sim para as três questões  <b>Ruim:</b> Qualquer outra situação

Subdimensão	Justificativa
<i>III Prescrição e dispensação de medicamentos</i>	A gestão municipal deve considerar os aspectos legais, técnicos, clínicos e socioculturais da prescrição e da dispensação para que se possa atingir o sucesso da terapia medicamentosa. As ações que disciplinam essas atividades devem ser direcionadas aos prescritores, aos dispensadores, aos responsáveis pela administração dos medicamentos e aos usuários (EV; GONÇALVES, 2014). A subdimensão tem o objetivo de verificar se a gestão municipal tem investido na padronização e na melhoria dos serviços de prescrição de medicamentos, da dispensação e na orientação adequada ao usuário.
<b>Indicador</b>	
<i>I Padronização da prescrição de medicamentos</i>	
<i>II Estímulo a adesão dos prescritores a REMUME</i>	
<i>III Padronização da dispensação</i>	
<i>IV Suporte técnico de orientação ao usuário</i>	

Indicador	Justificativa		
<i>I Padronização da prescrição de medicamentos</i>	A PNAF diz que é responsabilidade da gestão municipal implementar ações que disciplinem a prescrição e a dispensação de medicamentos e dessa forma entende-se que é necessário a elaboração normas ou procedimentos que oriente e padronize a execução da atividade pelos diversos prescritores do município, a fim de que executem bem a sua tarefa e não tomem atitudes individualizadas em cada situação (BRASIL, 2004). Esse indicador tem o objetivo de demonstrar empenho da gestão municipal em normatizar, padronizar e garantir a qualidade da prescrição de medicamentos nos serviços de saúde do município.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Existência de normas e/ou procedimentos que normatizem a prescrição de medicamentos no SUS.</i>	De acordo com CFF (2010) com o objetivo de normatizar e garantir a qualidade da prescrição de medicamentos no município, a gestão deve elaborar alguma norma que estabeleça como a atividade deve ser executada nos serviços de saúde.	O município elaborou alguma norma ou procedimento que normatizem a prescrição de medicamentos?	<p><b>Bom:</b> O município tem alguma norma ou procedimento que normatiza a prescrição de medicamentos no SUS</p> <p><b>Ruim:</b> O município não elaborou alguma norma ou procedimento que normatiza a prescrição de medicamentos no SUS</p>

Indicador	Justificativa		
<i>II Estímulo a adesão dos prescritores a REMUME</i>	Uma das estratégias para a prescrição racional são as listas de medicamentos essenciais e a disseminação do seu uso permite a melhoria do acesso, da qualidade e o sucesso das terapias medicamentosas. Porém, para serem efetivas é necessária a adesão dos prescritores (EV; GUIMARÃES, 2014). O indicador tem a finalidade de demonstrar se a gestão municipal conta com profissionais farmacêuticos atuando junto as ESF ou equivalentes com atribuição de incentivar a adesão à REMUME pelos prescritores, seja através de ações de educação permanente, matriciamento ou discussões diretas, na tentativa de influenciar seus hábitos de prescrição e consequentemente melhorar a qualidade e a segurança do serviço ofertado a população.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Disponibilização de farmacêuticos com atribuição de divulgar e incentivar a adesão à REMUME pelos prescritores</i>	A disseminação do uso das listas de medicamentos essenciais permite a melhoria do acesso, da qualidade e da efetividade na utilização de medicamentos, além de racionalizar os recursos financeiros disponíveis (EV; GUIMARÃES, 2014).	Disponibilização de farmacêuticos para fazer a divulgação da REMUME em: *Ações de educação permanente; *Matriciamento; *Discussões diretas com os prescritores	<b>Bom:</b> O município conta com farmacêuticos atuando junto as ESF que tem a atribuição de divulgar e incentivar a adesão à REMUME pelos prescritores. <b>Ruim:</b> O município não conta com farmacêuticos atuando junto com as ESF que tem a atribuição de divulgar e incentivar a adesão à REMUME pelos prescritores

Indicador	Justificativa		
<i>III Padronização da dispensação</i>	A dispensação de medicamentos deve assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose certa, na quantidade adequada e que nesse momento sejam oferecidas as informações necessárias para o seu uso correto (EV; GUIMARÃES, 2014). É de responsabilidade do município assegurar a dispensação adequada dos medicamentos (BRASIL, 1998) (BRASIL, 2004). Esse indicador deve mostrar esforço da gestão municipal em normatizar e padronizar o serviço de dispensação de medicamentos do município, com o objetivo de garantir a qualidade da atividade em todos os pontos da rede.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>I. Existência de normas e/ou procedimentos que normatizem a dispensação de medicamentos no SUS.</i>	De acordo com o CFF (2010) devem ser elaborados e divulgados manuais e portarias que normatizem a dispensação segundo a legislação sanitária vigente.	O município elaborou alguma norma ou procedimento que normatizem a dispensação de medicamentos?	<p><b>Bom:</b> O município tem alguma norma ou procedimento que normatize a dispensação de medicamentos no SUS</p> <p><b>Ruim:</b> O município não elaborou alguma norma ou procedimento que normatize a dispensação de medicamentos no SUS</p>



Indicador	Justificativa		
<i>IV Suporte técnico na orientação ao usuário</i>	A dispensação é de suma importância na PURM, momento em que o farmacêutico, exercendo a sua atribuição, orienta o indivíduo acerca da utilização de medicamentos (EV; GUIMARÃES, 2014). A entrega de medicamentos quando não realizada pelo farmacêutico também deve contemplar informações sobre a sua utilização. Esse indicador visa identificar se a gestão municipal assegura farmacêuticos para supervisionar, capacitar e treinar profissionais de saúde responsáveis pela entrega de medicamentos nas farmácias municipais. Os profissionais envolvidos com a entrega de medicamentos devem saber identificar os usuários que precisam de acompanhamento do farmacêutico, fazer o seu encaminhamento ou quando necessário, solicitar visitas domiciliares ao paciente. Isso assegura a qualidade da orientação oferecida aos usuários que precisam de mais atenção na utilização de medicamentos e contribui para uso seguro, racional e para a adesão a terapia medicamentosa.		
Medida	Justificativa	Cálculo	Parâmetro
<i>1. Percentual de UBS que contam com suporte técnico do farmacêutico na orientação dos usuários</i>	A orientação é fundamental na adesão ao tratamento e URM. Quando os usuários não são adequadamente esclarecidos sobre o seu regime terapêutico os riscos de erros de medicação aumentam muito (EV; GUIMARÃES, 2014).	Nº de UBS contam com suporte técnico do farmacêutico na orientação ao usuário / nº total de UBS que tem dispensação de medicamentos X 100	<b>Bom:</b> = 100%  <b>Ruim:</b> Qualquer outra possibilidade



**APÊNDICE C- Formulário para coleta de dados nas farmácias  
municipais, CAFs e UBS**

**Pesquisa: “Avaliação da Gestão Municipal na Promoção do Uso Racional de Medicamentos”**

**Formulário para coleta de dados nas farmácias municipais\*, CAFs\*\* e UBS**

1- Município:

\_\_\_\_\_

2- Data da coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ -

3- Pesquisador:

\_\_\_\_\_

4- Respondente: (Nome e função): \_\_\_\_\_

5- Nome da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

6- CNES da Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

**1 Cobertura de profissionais na Atenção básica**

**1.1** Qual a forma de organização da atenção básica na Unidade de saúde?

( ) Equipes de saúde da família (responder o item 1.1.2 somente)

( ) Equipes de atenção básica (responder o item 1.1.3 somente)

( ) Ambas (responder os itens 1.1.2, 1.1.3 e 1.1.4).

**1.2** A unidade conta com quantas Equipes de saúde da família completas? (médico clínico/generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e 4 ACS) \_\_\_\_\_

**1.3** Qual a carga horária dos médicos que compõe as Equipes de Atenção Básica? (Considerar: médicos generalistas, clínicos, pediatras e ginecologistas-obstetras) \_\_\_\_\_

**1.4** Qual a carga horária dos enfermeiros que compõe as Equipes de Atenção Básica? \_\_\_\_\_

**2 Ambiente destinado aos serviços farmacêuticos**

**2.1** Visitar a farmácia da unidade de saúde e verificar a existência:

( ) Local para armazenamento de medicamentos;

( ) Local para dispensação de medicamentos, com mesa e cadeira para atendimento;

( ) Área para atendimento individualizado do farmacêutico, que garanta o sigilo do usuário;

( ) Área para a realização de atividades administrativas.

<b>3 Adequação do armazenamento</b>
<p><b>3.1</b> Visitar a farmácia da unidade de saúde, verificar a existência e o funcionamento dos equipamentos:</p> <p>( ) Termômetros para aferição da temperatura ambiente e dos refrigeradores (caso eles existam);</p> <p>( ) Ar condicionado;</p> <p>( ) Refrigeradores (nos locais onde são armazenados medicamentos termolábeis).</p>
<b>4 Suporte a decisão clínica</b>
<p><b>4.1</b> A unidade de saúde conta com pelo menos uma cópia física ou virtual do formulário terapêutico (municipal ou nacional) ou sistema online de informações de medicamentos?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p>Se sim, solicitar a visualização do documento ou do software correspondente e responder ao item 2.2.</p> <p><b>4.2</b> Foi possível visualizar o documento ou o software com as informações sobre medicamentos?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p><b>4.3</b> A unidade de saúde utiliza algum sistema de prontuários eletrônicos?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p>
<b>5 Suporte técnico na orientação ao usuário</b>
<p><b>5.1</b> A unidade de saúde refere contar com o suporte técnico do farmacêutico na supervisão, capacitação e treinamento dos profissionais de saúde responsáveis pela entrega de medicamentos nas farmácias?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p>
<p><b>5.2</b> A unidade de saúde refere que existe a possibilidade de encaminhamento dos usuários que precisam de acompanhamento na utilização de medicamentos ao farmacêutico?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p>

\* Farmácias municipais que ficam fora das UBS não responder os itens 1 e 4.3.

\*\* Para as CAFs responder apenas os itens 2 e 3.

**APÊNDICE D - Formulário geral para coleta de dados**

### Formulário geral para coleta de dados

- 1- Município: \_\_\_\_\_  
 2- Data da coleta de dados: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 3- Pesquisador: \_\_\_\_\_  
 4- Respondente: (Nome e função): \_\_\_\_\_

## 1 Subdimensão Recursos Humanos

### 1.1 Cobertura de profissionais na Atenção básica

Utilizar os dados coletados nas visitas realizadas as Unidades de saúde.  
**1.1.1** O município conta no total com quantas Equipes de atenção básica? \_\_\_\_\_

**1.1.2** Qual a população residente no município segundo os últimos dados disponíveis no IBGE? \_\_\_\_\_

### 1.2 Cobertura de farmacêuticos atuando na atenção básica

**1.2.1** Qual o número de farmacêuticos que atuam na atenção básica do município? (Considerar todos os farmacêuticos que atuam no município com exceção aqueles envolvidos com laboratórios de análises clínicas e em farmácias de média e alta complexidade)  
 \_\_\_\_\_

**1.2.2** Qual a população residente no município segundo os últimos dados disponíveis no IBGE? \_\_\_\_\_

### 1.3 Qualificação dos profissionais de saúde no ingresso ao serviço público sobre o URM

**1.3.1** O município promove alguma ação de qualificação inicial dos profissionais de saúde nos primeiros 6 meses a partir do ingresso no serviço público do município? (Considerar a abordagem de temas relacionados a utilização de medicamentos e assistência farmacêutica):

( ) Sim      ( ) Não

**Se sim** solicitar a cópia da lista de presença da ultima qualificação realizada.

### 1.4 Educação permanente oferecida aos profissionais de saúde sobre o URM

**1.4.1** O município realizou nos últimos dois anos ações de educação permanente aos profissionais de saúde abordando os temas de URM e assistência farmacêutica? (Considerar as ações de matriciamento do NASF ou cursos de capacitação presenciais e a distância.

( ) Sim      ( ) Não

Se sim solicitar o registros das ultimas atividades de educação permanente realizadas no município.
<b>2 Subdimensão Infraestrutura</b>
<b>2.1 Financiamento da AF</b>
Solicitar a cópia do Relatório Anual de Gestão do ano anterior.
<b>2.1.1</b> Qual o valor investido pelo município na compra de medicamentos do componente básico da Assistência Farmacêutica no último ano? _____
<b>2.1.2</b> Qual a população residente no município segundo os últimos dados disponíveis no IBGE? _____.
<b>2.2 Ambiente destinado aos serviços farmacêuticos</b>
Utilizar os dados coletados nas visitas realizadas as farmácias municipais.
<b>2.2.1</b> Qual o número de farmácias sobre gestão municipal que atendem aos requisitos da RDC n°44/2009? _____
<b>2.2.2</b> Qual o número total de farmácias sob gestão municipal? _____
<b>2.3 Suporte a decisão clínica</b>
Utilizar os dados coletados nas visitas realizadas as UBS.
<b>2.3.1</b> Qual o número de UBS que contam com cópia do FT ou sistemas online de informações de medicamentos? _____
<b>2.3.2</b> Qual o número total de UBS no município? _____
<b>2.3.3</b> Qual o número de UBS que utilizam de um sistema de prontuários eletrônicos? _____
<b>2.4 Estratégias de divulgação de informações sobre medicamentos à comunidade</b>
<b>2.4.1</b> A gestão divulgou alguma notícia com informações sobre o uso adequado de medicamentos em nas mídias locais como TV, rádio ou jornais impresso no último ano? ( ) Sim      ( ) Não Se sim solicitar cópia da informação divulgada
<b>2.4.2</b> O Município disponibiliza as ESF materiais para realização de atividades educativa em escolas, instituições, organizações e grupos da



<p>comunidade?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p>Se sim solicitar cópia do material disponibilizado.</p>
<p><b>3 Subdimensão Mecanismos de decisão e controle</b></p>
<p><b>3.1 Existência e composição da CFT</b></p> <p><b>3.1.1</b> Existe uma CFT instituída no município?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p>Se sim solicitar a Portaria de instituição da CFT e caso ela não exista, solicite as atas das ultimas reuniões e responda os itens 3.1.2 e 3.1.3.</p> <p><b>3.1.2</b> Existe uma Portaria que legitime a CFT no município?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p><b>3.1.3</b> Qual a os tipos de profissionais compõem a CFT?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>3.2 Regularidade de atuação da CFT</b></p> <p>Solicitar as atas das reuniões da CFT que ocorreram no ano anterior.</p> <p><b>3.2.1</b> Quantas reuniões da CFT foram realizadas no município no ano anterior? _____</p>
<p><b>3.3 Coordenação da AF</b></p> <p><b>3.3.1</b> O município possui um coordenador (a) da AF?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p>
<p><b>3.4 Estratégias para o gerenciamento da segurança dos pacientes nos serviços de saúde</b></p> <p><b>3.4.1</b> O município tem instituído um Núcleo de segurança do paciente?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p><b>3.4.2</b> O município possui um fluxo de farmacovigilância definido? Considerar os itens:</p> <p>( ) Notificação de eventos adversos      ( ) Investigação      ( ) Notificação a Vigilância Sanitária</p> <p>( ) Devolução dos resultados ao profissional que realizou a notificação</p> <p>(...) Divulgação aos demais profissionais de saúde.</p>

<b>3.5 Monitoramento e avaliação da AF</b>
<p><b>3.5.1</b> O município anualmente algum instrumento de avaliação da AF (incluindo indicadores da prescrição de medicamentos)?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, solicitar o relatório da ultima avaliação e responder o item 3.5.2.</p> <p><b>3.5.2</b> O município divulgou os resultados encontrados na ultima avaliação da AF aos profissionais de saúde?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p>
<b>4 Subdimensão Seleção, programação e aquisição</b>
<b>4.1 Adequação da REMUME</b>
<p>Solicitar uma cópia da REMUME.</p> <p><b>4.1.1</b> Quantos medicamentos que compõem a REMUME também estão presentes na RENAME? _____</p> <p><b>4.1.2</b> No total quantos medicamentos compõem a REMUME? _____</p>
<b>4.2 Programação de medicamentos</b>
<p><b>4.2.1</b> Quais os responsáveis pela realização da programação de medicamentos?          (...) UBS    <input type="checkbox"/> Nível central    <input type="checkbox"/> Ambos          Se a resposta for UBS ou Ambos responder o item 4.2.2</p> <p><b>4.2.2</b> As UBS utilizam de quais critérios técnicos para a realização da programação?  <input type="checkbox"/> Perfil epidemiológico    <input type="checkbox"/> Consumo histórico    <input type="checkbox"/> Consumo ajustado    <input type="checkbox"/> Não utilizam critérios técnicos.</p>
<b>4.3 Cumprimento da programação na compra de medicamentos</b>
<p>Solicitar o edital da última licitação de compras de medicamentos no município e a sua respectiva programação realizada pela AF.</p> <p><b>4.3.1</b> Qual o número de itens licitados conforme a programação?          _____</p> <p><b>4.3.2</b> Qual o número total de itens licitados? _____</p>
<b>4.4 Padronização de compras</b>
<p><b>4.4.1</b> As compras de medicamentos que não pertencem a REMUME possuem pareceres técnicos da CFT?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, solicitar a cópia do parecer técnico da CFT de algum medicamento adquirido pelo município que não pertence à listagem</p>

oficial.
<b>4.5 Qualificação dos fornecedores</b>
<p><b>4.5.1</b> O município elabora um registro das entradas e das inadequações constatadas no recebimento dos medicamentos?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p>Se sim, solicitar a visualização dos registros e responder os itens 4.5.2 e 4.5.3.</p> <p><b>4.5.2</b> Foi possível visualizar o registro elaborado pelo município?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p><b>4.5.3</b> O município realiza alguma análise de desempenho dos fornecedores a partir dos registros realizados?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p>
<b>4.6 Qualidade do processo de licitação</b>
<p>Solicitar uma cópia do edital da última licitação de medicamentos.</p> <p><b>4.6.1</b> O Edital exigia a apresentação dos documentos necessários para garantir a qualidade e a procedência dos medicamentos adquiridos pelo município? Considerar os seguintes itens:</p> <p>( ) Certidão de regularidade técnica do fornecedor;</p> <p>( ) Autorização de funcionamento emitido pela ANVISA;</p> <p>( ) Autorização especial de funcionamento do fornecedor (para produtos pertencentes a Portaria 344/98);</p> <p>( ) Autorização especial do fabricante (para produtos pertencentes a Portaria 344/98);</p> <p>( ) Certidão de boas práticas de fabricação; ( ) Certificado de registro de medicamento;</p> <p>( ) Declaração de origem do produto acabado.</p>
<b>5 Subdimensão Armazenamento e distribuição</b>
<b>5.1 Adequação do armazenamento</b>
<p>Utilizar os dados coletados nas visitas realizadas as farmácias municipais e nas CAFs.</p> <p><b>5.1.1</b> Quantas farmácias municipais e CAF sob administração do município contavam com os equipamentos de termômetro, ar condicionado e refrigeradores (quando necessário) funcionando?</p> <p>_____</p> <p><b>5.1.2</b> No total o município conta quantas farmácias municipais e CAF?</p> <p>_____</p>

<b>5.2 Controle de estoque</b>
<p><b>5.2.1</b> O município realizou no último ano pelo menos um inventário dos estoques de medicamentos nas farmácias municipais e nas CAFs?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, solicitar o último relatório de inventário e responder os itens 5.2.2 e 5.2.3.</p> <p><b>5.2.2</b> Em quantos itens do relatório de inventário foram encontradas divergências? _____</p> <p><b>5.2.3</b> No total quantos itens foram analisados? _____</p>
<b>5.3 Descarte adequado de medicamentos</b>
<p><b>5.3.1</b> Existe um contrato vigente entre o município e uma empresa responsável pelo descarte adequado dos medicamentos?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, solicitar a visualização do contrato firmado e responder o item 5.3.2.</p> <p><b>5.3.2 O contrato está dentro do prazo de vigência?</b>  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não      <input type="checkbox"/> Não foi possível visualizar o contrato.</p>
<b>5.4 Regularidade de distribuição</b>
<p><b>5.4.1</b> Existe um cronograma de distribuição de medicamentos para as UBS estabelecido no município?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, solicitar uma cópia do cronograma e dos registros de entregas realizadas nos últimos 6 meses e responder ao item 5.4.2 e 5.4.3.</p> <p><b>5.4.2</b> Quantas entregas foram realizadas com atraso de mais de 15 dias nos últimos 6 meses? _____</p> <p><b>5.4.3</b> No total foram realizadas quantas entregas nos últimos 6 meses? _____</p>
<b>5.5 Adequação do transporte de medicamentos</b>
<p><b>5.5.1</b> O município possui um veículo destinado unicamente ao transporte de medicamentos?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Se sim, responder os itens 5.5.2 e 5.5.3.</p> <p><b>5.5.2</b> O veículo possui cabines limpas secas e sem defeitos?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p> <p><b>5.5.3</b> O veículo conta com equipamentos para a aferição da umidade e temperatura durante o transporte?  <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</p>

<b>6 Subdimensão Prescrição e dispensação de medicamentos</b>
<b>6.1 Padronização da prescrição de medicamentos</b>
<p><b>6.1.1</b> O município elaborou alguma norma ou procedimento que normatizem a prescrição de medicamentos na rede pública de saúde?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p>Se sim, solicitar uma cópia da norma.</p>
<b>6.2 Estímulo a adesão dos prescritores a REMUME</b>
<p><b>6.2.1</b> O município disponibiliza farmacêuticos para atuarem junto as ESF com a atribuição de fazer a divulgar e incentivar a adesão à da REMUME pelos prescritores?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p>
<b>6.3 Padronização da dispensação</b>
<p><b>6.3.1</b> O município elaborou alguma norma ou procedimento que normatizem a dispensação de medicamentos na rede pública de saúde?</p> <p>( ) Sim      ( ) Não</p> <p>Se sim, solicitar uma cópia da norma.</p>
<b>6.4 Suporte técnico na orientação ao usuário</b>
<p>Utilizar os dados coletados nas visitas realizadas as UBS.</p> <p><b>6.4.1</b> Quantas UBS referiram contar com suporte técnico de farmacêuticos na orientação ao usuário? _____</p> <p><b>6.4.1</b> Qual o número total de UBS no município? _____</p>



**ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP**

CENTRO DE HEMATOLOGIA E  
HEMOTERAPIA DE SANTA  
CATARINA - HEMOSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL NA PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

**Pesquisador:** JOSIMARI TELINO DE LACERDA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37472414.6.0000.0110

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Catarina

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 910.516

**Data da Relatoria:** 02/12/2014

**Apresentação do Projeto:**

O estudo intitulado: AVALIAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL NA PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS trata-se de um projeto de pesquisa apresentado para obtenção do título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. O estudo visa construir/propor um modelo avaliativo da gestão municipal na promoção do Uso Racional de Medicamentos assim como identificar indicadores da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos e testar aplicabilidade do modelo em um município de Santa Catarina. O estudo será dividido em duas etapas: a primeira será de elaboração do instrumento de pesquisa para avaliar o URM e a segunda será um teste de aplicabilidade do mesmo em um município catarinense. Os participantes da primeira etapa serão 15 indivíduos selecionados dentre os pesquisadores e especialistas que trabalharam com o tema da pesquisa nos últimos 5 anos, baseando-se nos currículos Lattes dos mesmos. A primeira etapa inclui a elaboração de um modelo teórico-lógico, seguido da criação de uma matriz de avaliação e de uma matriz de julgamento. O modelo teórico-lógico proporrá um instrumento de pesquisa inicial que será enviado eletronicamente aos participantes do estudo que se manifestarão individualmente e posteriormente farão reunião presencial e novamente se manifestarão individualmente (técnica de conferência de consensos). Com base nas respostas dos participantes será construída a matriz

**Endereço:** Av. Othon Gama D'êça, nº 756 - Praça D. Pedro I

**Bairro:** Centro

**CEP:** 88.015-240

**UF:** SC

**Município:** FLORIANÓPOLIS

**Telefone:** (48)3251-9854

**Fax:** (48)3251-9726

**E-mail:** cep@fns.hemosc.org.br



**CENTRO DE HEMATOLOGIA E  
HEMOTERAPIA DE SANTA  
CATARINA - HEMOSC**



Continuação do Parecer: 910.516

avaliativa definitiva que se traduzirá em um questionário. O instrumento pesquisa que será testado em um município com população igual ou maior a cem mil habitantes, o qual será o participante da segunda etapa. Para a análise dos dados será utilizada a matriz de julgamento, que possibilitará a atribuição de valores às ações que propiciam o URM.

**Objetivo da Pesquisa:**

Propor um modelo avaliativo da gestão municipal na promoção do Uso Racional de Medicamentos.

- Identificar indicadores da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos;
- Construir um modelo de avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos;
- Testar aplicabilidade do modelo em um município de Santa Catarina.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Não foram identificados riscos.

Benefícios: Disponibilizar um modelo que permita avaliar as ações das gestões municipais na promoção do uso racional de medicamentos, o qual poderá ser utilizado na avaliação da gestão de diversos municípios, contribuindo para a identificação de pontos frágeis da gestão na perspectiva de otimizar o uso adequado dos medicamentos na rede pública de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo é relevante, pois disponibilizará aos gestores municipais um modelo que lhes permita avaliar e identificar fragilidades em relação ao URM, bem como desenvolver ações nesse sentido, o que poderá beneficiar a gestão municipal, os profissionais de saúde e a sociedade.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

As considerações referentes à versão anterior foram incorporadas nos termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Esclarecer o conflito existente no trabalho quanto aos objetivos: avaliar as ações municipais para promover o URM ou desenvolver um instrumento para avaliá-las? (Final da introdução consta: "Avaliar a gestão dos municípios Catarinenses, na tentativa/buscando de identificar fragilidades, novas perspectivas e propor ações de melhoria da qualidade dos serviços oferecidos a população na rede pública de saúde no país. A pergunta que a pesquisa deseja responder é: A gestão municipal executa as ações necessárias para promover o URM na rede pública de saúde em seus municípios?" No objetivo primário consta: "Propor um modelo avaliativo da gestão municipal na promoção do Uso Racional de Medicamentos.")

**Endereço:** Av. Othon Gama D'êça, nº 756 - Praça D. Pedro I  
**Bairro:** Centro **CEP:** 88.015-240  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3251-9854 **Fax:** (48)3251-9726 **E-mail:** cep@fms.hemosc.org.br

CENTRO DE HEMATOLOGIA E  
HEMOTERAPIA DE SANTA  
CATARINA - HEMOSC



Continuação do Parecer: 910.516

No orçamento não está previsto custos com deslocamentos dos especialistas para a reunião presencial. Como serão buscados via plataforma Lates, é possível que alguns tenham que se deslocar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

As pendências constantes da versão anterior foram sanadas nesta versão. NÃO HÁ PENDÊNCIAS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Como as pendências foram solucionadas, aprova-se o projeto com parecer Ad-Referendum, por não haver necessidade de nova submissão de análise pelos membros deste CEP.

FLORIANOPOLIS, 11 de Dezembro de 2014

---

Assinado por:

ANDREA THIVES CARVALHO HOEPERS  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Othon Gama D'êça, nº 756 - Praça D. Pedro I

**Bairro:** Centro

**CEP:** 88.015-240

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3251-9854

**Fax:** (48)3251-9726

**E-mail:** cep@fns.hemosc.org.br

**ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO S/Nº, TRINDADE CEP: 88040-900  
Telefone: (48) 3721-6130

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTADO**

Estudo: *Avaliação da gestão municipal na promoção do Uso Racional de Medicamentos*

Eu, \_\_\_\_\_, confirmo que a pesquisadora Elis Roberta Monteiro discutiu comigo este estudo e compreendi que:

A pesquisa realizada é pré-requisito para a pesquisadora obter o título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

O objetivo do estudo é desenvolver um modelo avaliativo da gestão municipal na promoção do Uso Racional de Medicamentos e testar a sua aplicabilidade.

Eu fui selecionado para participar dessa pesquisa por ser \_\_\_\_\_ e minha participação não é obrigatória. Minha colaboração com a pesquisa consistirá em contribuir com o (a) \_\_\_\_\_ do instrumento de pesquisa.

Estou ciente de que a minha conduta e minhas respostas não serão objeto de avaliação, estarei contribuindo com a construção do instrumento de pesquisa elaborado pela aluna visando proporcionar um maior conhecimento sobre as ações da gestão na promoção do uso racional de medicamentos nos municípios, permitindo fazer uma avaliação situacional dos mesmos, identificando as fragilidades e os pontos que necessitam de mais investimentos para o uso mais seguro dos medicamentos na rede pública de saúde.

Eu fui informado que essa pesquisa ocorrerá em dois momentos: a validação do instrumento de pesquisa e o teste de aplicabilidade do mesmo, através de aplicação de questionários elaborados pela pesquisadora à distância e presenciais. Eu não sou obrigado a participar em todas as etapas dessa pesquisa, inclusive na realização das conferências de consenso, uma vez que não será arcado com nenhum custo para o meu deslocamento.

Eu posso escolher participar ou não deste estudo, e posso desistir de participar em qualquer momento. Minha decisão em participar não trará benefícios pessoais além da informação que receberei por parte da pesquisadora. Também estou ciente de que, participando ou não, a pesquisa não implicará a nenhum prejuízo pessoal. Todos os dados contidos em minha entrevista são sigilosos, somente serão

utilizados para esta pesquisa. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar minha identificação.

Como sou \_\_\_\_\_, receberei uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional, além do e-mail da pesquisadora e o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina (HEMOSC), possibilitando tirar dúvidas sobre o projeto e minha participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Pesquisadoras responsáveis pela pesquisa:**

**Elis Roberta Monteiro**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Campus Reitor João David Ferreira Lima. Rua Delfino Conti, S/N, Bloco H, Bairro: Trindade, Florianópolis-SC, CEP: 88040-370.

Telefone: (48) 9821-0817

Email: [elismonteiro1@yahoo.com.br](mailto:elismonteiro1@yahoo.com.br)

**Prof. Dra. Josimari Telino de Lacerda**

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Campus Reitor João David Ferreira Lima. Rua Delfino Conti, S/N, Bloco H, Bairro: Trindade, Florianópolis-SC, CEP: 88040-370.

Telefone: (48) 3721-6130

Email: [jtelino@gmail.com](mailto:jtelino@gmail.com)

Comitê de Ética em Pesquisa do HEMOSC: (48) 3251 9826